RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORAS DO ORIGINAL
ANDRÉA DAMIANA DA SILVA ELIAS
MIRIAM GARCIA LEONI
RENATA JABOUR SARAIVA
ROSILÉA ALVES DE SOUSA
ZILMA DENIZE MASCARENHAS XAVIER

Sumário

Capítulo 3 Relacionamento interprofissional 61

Capítulo 4 Relacionamento terapêutico 83

Prefácio

Prezados(as) alunos(as),

À primeira vista, pode parecer injustificado o estudo desta disciplina. No entanto, com o decorrer do tempo de cada aluno no curso, com o aumento da complexidade das disciplinas, e também de sua maturidade profissional e pessoal, você vai verificar como esse assunto se mostrará importante e imprescindível para atuar na área de enfermagem. Isso porque o tema a ser estudado é um instrumento para sua vida pessoal e para atuar ao se tornar um enfermeiro, se não o mais importante, um dos mais importantes para o exercício da enfermagem. Todas as ações e os procedimentos executados pelo enfermeiro perpassam a questão da comunicação e dos relacionamentos. A relação próxima, intensa e de ajuda que existe entre o enfermeiro e seu cliente necessita de instrumentos que facilitem o estabelecimento desse vínculo, propiciando resultados positivos para que seja possível alcançar seu objetivo maior: *o cuidado* com essa clientela. Lembrando sempre que o cuidado é o objeto de trabalho do enfermeiro.

Esperamos, com este livro, auxiliá-lo a desenvolver a habilidade de se relacionar, positiva e produtivamente, com você mesmo, com os demais profissionais da saúde e, em última instância, com os clientes, de modo a atendê-los com a qualidade esperada, sem se esquecer, entretanto, de que os enfermeiros, acima de tudo, também são seres humanos. Por que, então, falamos em auxiliá-los nessa instrumentalização? Pois cada um de vocês encontrará a própria maneira de trabalhar com as pessoas em geral, de modo a atender às necessidades do cliente e às suas próprias, utilizando, para isso, os conhecimentos adquiridos durante o curso aliados à prática oriunda de suas ações executadas no decorrer de seus estudos. Assim, ao se tornar um enfermeiro, saberá encontrar o seu caminho.

Bons estudos!
Miriam Garcia Leoni

Palavras-chave: relacionamentos, comunicação, autoconhecimento, enfermeiro.

1

Estudo do processo da comunicação

1 Introdução

Estudaremos neste primeiro capítulo o processo da comunicação. E, para que você aproveite ao máximo a leitura, propomos que faça os seguintes questionamentos: O que é comunicação? Quais são os tipos de comunicação? Toda comunicação é terapêutica? Quais são as barreiras da comunicação?

O objetivo é que ao término da leitura você possa responder a esses questionamentos e perceber que se comunicar é muito mais do que simplesmente falar algo.

OBJETIVOS

- Identificar os elementos essenciais da comunicação.
- Diferenciar os tipos de comunicação.
- Refletir sobre a importância da comunicação terapêutica para a enfermagem.

2 Introdução à teoria da comunicação

Já parou para pensar como você se comunica na maior parte do tempo? Escreve e-mails? Envia mensagens pelo Facebook ou pelo WhatsApp? E, ao enviar uma mensagem, a pessoa que a recebe entende exatamente o que você escreveu? Nem sempre, certo? Às vezes, parece até aquela brincadeira infantil, "telefone sem fio", pois inicialmente dizemos algo e no final tem-se outra compreensão do conteúdo da mensagem...

Para que possam entender o que ocorre nesse "telefone sem fio" e para que consigam estabelecer comunicações sem que haja variação do enunciado ao interpretado, veja na Figura 1.1 os elementos envolvidos no processo comunicativo.
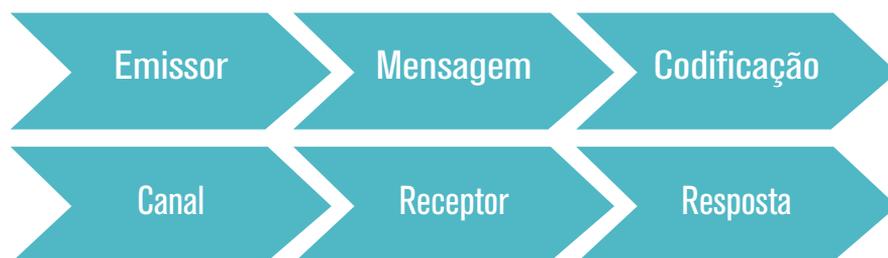
Figura 1.1 Elementos da comunicação.

Fonte: elaborada pela autora.

O *emissor* é quem tem algo a ser dito sobre determinado assunto (a *mensagem*). Ele precisa pensar na melhor forma de dizer, isto é, na *codificação*, e na maneira de enviar, ou seja, no *canal*. Assim, a mensagem chegará ao *receptor*, que, por sua vez, reagirá e terá uma *resposta*.

Contudo, a comunicação é um processo complexo e não ocorre necessariamente em sequência, pois os elementos estão interligados, afetam-se e dependem uns dos outros. Precisamos de um estímulo para iniciar o ato comunicativo, que pode ser uma ideia que queremos compartilhar, um sentimento a revelar, um pensamento que não podemos mais manter em segredo. Assim, a comunicação deixa de ser apenas o que dizemos, e torna-se essencialmente o que foi compreendido pelo outro. Em outras palavras, quanto maior a compreensão daquilo que foi dito, mais eficaz será o estabelecimento da comunicação.

A palavra "comunicação" tem origem no termo "*communicare*", que em latim significa, entre outras coisas, partilhar, participar de algo, tornar comum. Vale destacar que para o estabelecimento de uma sociedade o ato de comunicar é imprescindível.

Podemos pensar que a comunicação é, desde os primórdios, não apenas uma ferramenta de integração, mas um instrumento de transmissão de informações entre um emissor e um receptor, que ora se dá entre os membros de um mesmo grupo social, ora expandindo para grupos distintos, ora na mesma codificação, ora precisando de traduções, mas sempre como um ato social.

A comunicação pode se realizar por meio das linguagens falada e escrita, o que se denominam *comunicação verbal*, ou ainda por sistemas de sinais não linguísticos, como gestos, expressões faciais, imagens etc., denominada *comunicação não verbal*. Há também uma terceira forma, conhecida como *paraverbal* ou *paralinguagem*, que se expressa pelo tom da voz, pelo ritmo da pronúncia, pela entonação dada ao comunicado entre outros fatores.

Em síntese, o processo de comunicação consiste na transmissão de informações entre emissor e receptor. O *emissor* envia uma *mensagem codificada*, que pode ser a partir de gestos, imagens ou sons. Esse envio se dá por um *canal*, que é o meio de circulação, como carta, telefonema ou e-mail. O *receptor* decodifica, ou seja, interpreta a mensagem e dá um *feedback* – uma *resposta*.

A resposta gerada pode dar continuidade à comunicação, desencadear novos assuntos, inverter papéis – o receptor transforma-se em emissor e vice-versa –, o que dá dinamicidade ao processo.

Não podemos nos esquecer do *ruído*, que é tudo aquilo que afeta a mensagem. Isso pode ocorrer em qualquer etapa do processo, por exemplo, a perda

de conexão com a Internet ou queda de luz em um semáforo, ou ainda, pensando especificamente no ambiente hospitalar, falha no alarme de uma máquina dentro do setor de terapia intensiva. O ruído faz o receptor compreender a mensagem com distorções e produz uma resposta inesperada, logo, pode representar um desafio à comunicação.

? PERGUNTA

Como concentrar a atenção no cuidado de um cliente quando, por exemplo, vários alarmes de maquinários, como a bomba infusora e o monitor cardíaco, disparam concomitantemente?

Comunicar é um processo interativo, e estar na condição de enfermeiro exige interação com muitas pessoas, como clientes, equipe, familiares etc., utilizando-se mensagens e comunicando-as por meio de todas as linguagens possíveis, tanto verbal quanto não verbal. Para que a comunicação se concretize, é preciso que os enfermeiros saibam falar, ler, ouvir, ver e sentir, pois apenas exercitando todos esses sentidos eles serão capazes de compreender.

Por mais que as pessoas sejam diferentes e se comuniquem de formas distintas, além disso, sendo a enfermagem no Brasil orientada a trabalhar no direcionamento das políticas públicas de saúde, é importante atentar para que o cuidado esteja sempre pautado na Política Nacional de Humanização, dessa forma, o diálogo, a comunicação entre os atores envolvidos, será inevitável.

Desse modo, será necessário estabelecer uma comunicação de qualidade com o cliente, as famílias e a equipe. É importante lembrar que o processo de comunicação é fácil para alguns, mas difícil para outros, e isso exigirá que o enfermeiro pense constantemente com quem fala, como fala, em que momento fala e a quem fala.

Suponha que um cliente tenha acabado de receber uma notícia difícil, por exemplo, a descoberta de uma doença incurável, e em seguida age de modo agressivo com o enfermeiro que entra em seu quarto para administrar uma medicação. Sabe-se que o enfermeiro não deve ser agredido pelo cliente, mas será que esse sujeito, diante de uma notícia tão delicada, sabe se comunicar de outra maneira? A agressividade pode representar a única forma de expressão, de comunicação? Será que é simples lidar com isso?

Já mencionamos que para algumas pessoas comunicar é uma tarefa fácil, ao passo que para outras é algo mais complicado. O enfermeiro precisará lidar com muitas pessoas, as que sabem e as que não sabem se comunicar; ele cuidará de todos, e para isso deverá aprender a se comunicar.

Nesse aprendizado vale destacar que comunicar-se não se trata apenas *do que* o sujeito fala, mas sim de *como* fala, de *onde* fala, com *quem* fala e de como *age* e *atua*. Logo, devemos indagar: quem sou eu nesse processo? Como estou? Com quem estou? Onde estou? Como estou me comunicando? Além disso, deve também perceber e observar o outro, quem ele é, como está, onde está, o que e como está querendo comunicar. Pois, dessa forma, há a possibilidade da criação e do estabelecimento de um diálogo, de uma sintonia, de uma verdadeira comunicação.

Comunicar não está restrito a falar. Também utilizamos a escrita, o silêncio, os gestos, as expressões, os movimentos corporais, o toque, entre outros. O corpo "pensa" e "fala" de diversas maneiras. Há o modo como falamos, as várias entonações que utilizamos (paralinguagem), o volume da voz, e quanto isto influencia, atrapalha ou ajuda a comunicação.

A própria cultura interfere na comunicação. De acordo com a cultura, as expressões corporais serão mais ou menos evidentes, haverá a valorização de determinadas atitudes, bem como a condenação de outras. Pensem em mulheres de uma cidade do interior que são culturalmente dominadas pelos homens. De repente, uma dessas mulheres precisa ser internada e depara com um enfermeiro na prestação dos cuidados. Talvez essa mulher não consiga nem sequer olhar para esse profissional, certo? E caso ele não compreenda quais aspectos culturais interferem na comunicação, poderá tentar impor uma relação que não será terapêutica.

Fazendo referência aos modos de comunicação como descritos na literatura, temos: confirmação, negação, desconfirmação e dupla mensagem. Esses modos se referem à maneira com a qual estabelecemos o ato comunicativo e as sensações experimentadas.

A **confirmação** representa o momento em que recebemos a mensagem, aceitamos o conteúdo e transmitimos essa aceitação ao outro. A **negação** relaciona-se à não aceitação do conteúdo transmitido. Já a **desconfirmação** é a desconsideração do conteúdo. Quanto à **dupla mensagem**, trata-se da representação de incongruência entre a comunicação verbal e a não verbal. Para melhor elucidar os modos de comunicação, vamos aos exemplos:

EXEMPLOS

Confirmação

Cliente: "Enfermeira, adoro quando você está no plantão, pois me sinto mais animada e esperançosa quanto a minha alta".

Enfermeira: “Já percebi que consigo contribuir para sua recuperação”.

Neste exemplo, a cliente fala da importância da enfermeira em seu tratamento, e esta, por sua vez, confirma ter consciência de tal importância. A confirmação favorece a comunicação, pois o profissional valoriza aquilo que o cliente diz, e isso é importante mesmo se o que é informado não é agradável. Outro exemplo de *confirmação*:

Cliente: “Enfermeira, eu não consigo me sentir segura quando você faz meu curativo”.

Enfermeira: “Já havia notado sua insegurança. Tentarei melhorar minha técnica, mas tente relaxar que farei o melhor possível”.

Percebam que a enfermeira não confrontou ou nem se irritou com o que foi dito pela cliente, ao contrário, ela aceitou, ou seja, confirmou a percepção da insegurança e se prontificou a melhorar. Os exemplos associam a comunicação verbal e não verbal, pois além do que foi expresso com palavras há o que foi percebido.

Negação

Cliente: “Enfermeira, aprendi a aplicar a insulina da forma como você me ensinou”.

Enfermeira: “Entendo que você esteja atenta aos meus ensinamentos, mas percebo, pela forma como segura a seringa, que ainda tem algumas dúvidas”.

Vejam que a enfermeira não confirmou o aprendizado, apresentou uma questão que tende a gerar uma reflexão na cliente e uma provável mudança comportamental. Imaginem o benefício. Neste exemplo, se a cliente conseguir refletir e modificar a maneira como administra a insulina, tornará esse ato mais eficaz. Se a enfermeira simplesmente concordasse para agradar a cliente, decerto ela manteria uma atitude ineficaz.

Desconfirmação

Cliente: “Enfermeira, esses dias que passei em casa de licença hospitalar foram ótimos”.

Enfermeira: “Imagino... Se tivessem sido ótimos você não teria voltado para o hospital”.

O cliente relatou para a enfermeira que a licença foi ótima, porém ela ignora esse anúncio. Você considera que isso encoraja o cliente? Se não, acredita no que você diz e faz? A tendência é que o cliente assuma uma postura passiva, de pouca ou nenhuma manifestação de seus sentimentos.

Dupla mensagem

Cliente: “Enfermeiro, minha família me abandonou aqui nesse hospício. Ninguém me ama, estou tão triste”.

Enfermeiro: “Não fique assim. Sua família te ama sim, todo mundo te ama!”. (O enfermeiro diz isso, contudo, ninguém da família vai visitar o cliente há meses, os outros internos também não se aproximam dele, nem os enfermeiros estabelecem uma relação mais próxima com ele.) Na comunicação de dupla mensagem, ou duplo vínculo, é como se falássemos algo e fizéssemos

o oposto: dizemos sim, mas nosso corpo diz não. E quem recebe a mensagem não sabe como responder, pois não consegue compreender. Se todos o amam, no exemplo, por que todos estão distantes? A ambiguidade é a marca registrada dessa comunicação, o que gera ansiedade e insatisfação no processo.

O enfermeiro deve usar, preferencialmente, apenas a confirmação e a negação, evitando a desconfirmação e a dupla mensagem.

2.1 Barreiras da comunicação

Mesmo estando atentos aos elementos da comunicação, é importante ressaltar que vários atravessamentos podem influenciar na comunicação, tornando-se barreiras para o processo.

Existem influências de natureza física, como o déficit auditivo ou visual, por exemplo; psicológica e psiquiátrica, como a timidez, as alterações do pensamento e da sensopercepção; social, por exemplo, *status*, cargo hierárquico; cultural, nacionalidade e naturalidade; de gênero, masculino e feminino; de idade, ser criança ou ser idoso, assim por diante. Lidar com um cliente que não fala nosso idioma pode representar uma barreira, assim como cuidar de alguém com déficit auditivo sem competência em libras (idioma).

? PERGUNTAS

Há diferenças entre cuidar do presidente da República ou cuidar de um morador de rua? Cuidar de um profissional da saúde ou de um leigo? De um homem ou de uma mulher? Ou de uma transexual?

Quanto mais terapêutica a comunicação, melhor a transposição dessas barreiras, pois todas essas características poderão representar barreiras ou não, dependendo da forma como as manejamos.

3 Comunicação para a prática de enfermagem

Nas páginas anteriores conceituamos a comunicação e, em linhas gerais, dissemos que ela representa a forma como as pessoas interagem entre si no dia a dia. Neste momento, a imersão será na *comunicação terapêutica*, que é estabelecida

entre enfermeiro e cliente e cujo objetivo é possibilitar um diálogo eficaz, uma vez que favorece a identificação da situação-problema e amplia as possibilidades de resolução.

Mas como isso acontece? Ao confirmar ou negar a mensagem emitida por alguém, favorecemos a expressão de sentimentos, iniciamos o estabelecimento de uma relação de confiança, incitamos a reflexão e o autoconhecimento. Esse movimento é importante para que as pessoas se sintam valorizadas, exponham seus pensamentos e seus sentimentos, identifiquem suas ações e, se necessário, modifiquem-nas.

Falamos do que a comunicação promove no outro, no receptor, mas também importa pensar o que ela promove no emissor. Pensar as situações que nos afetam, quanto determinado assunto nos aflige e nossas implicações com a temática são determinantes para compreendermos por que tomamos determinada atitude e não outra.

A questão é que precisamos ter o mínimo de consciência sobre o que sentimos, quais são nossas crenças e valores, pois nossas atitudes estarão intrinsecamente ligadas a esses sentimentos, assim, nosso cuidado tende a ser planejado a partir de nossas próprias necessidades, e não as dos clientes. Complexo? Vamos a um exemplo para clarificar.

EXEMPLO

Pense na temperatura da água do seu banho. Quente, morna ou fria, como você prefere? Suponhamos que prefira quente. Ao preparar o banho de um cliente, você precisará decidir a temperatura da água, e provavelmente julgará que a água quente é melhor do que as demais por ser a sua temperatura preferida, mas será esta a escolha do cliente? Isso não acontece por perversidade, porém precisamos estar atentos às decisões que tomamos: a necessidade atendida foi a nossa ou a do cliente?

Muitos enfermeiros decidem o horário do banho e o preparam sem nem sequer comunicar ao cliente, que é surpreendido com uma temperatura de água de que não gosta e um horário com o qual não está acostumado. Isso será terapêutico? É uma questão para reflexão...

Os serviços vão nos apresentar rotinas e horários para todos os procedimentos, mas não contratarão máquinas para executar as tarefas no horário determinado, contratarão enfermeiros, que são seres humanos e devem discernir o momento certo para o cuidado – e o cuidado permeia a comunicação terapêutica.

Então, efetivar uma comunicação terapêutica exigirá percepção, sensibilidade, devoção, responsabilidade, compromisso, competência e conhecimento.

Nos próximos capítulos, veremos a construção do relacionamento terapêutico e do autoconhecimento. Neste, problematizaremos a comunicação terapêutica para, assim, avançarmos.

Se a questão fosse apenas comunicar, simplesmente dizer ao outro a mensagem, todos os clientes hipertensos, por exemplo, orientados ("comunicados") sobre a importância do uso da medicação, da dieta e da atividade física, ou os diabéticos, quanto aos riscos das complicações visuais, seguiriam as recomendações e teriam seus níveis pressóricos e glicêmicos controlados.

Há algo além de simplesmente dizer ao outro a mensagem, porque se a questão fosse apenas comunicar não teríamos tantos problemas de saúde pública. Por isso, precisamos pensar a possibilidade de nos comunicar de maneira terapêutica.

Devemos pensar em possibilidade, ou seja, em algo que pode ou não se consolidar, pois nem sempre conseguiremos alcançar o caráter terapêutico da comunicação. Decerto que a partir desse tipo de comunicação podemos ter a construção de planos de cuidado mais singulares e funcionais, por isso a importância de seu conhecimento e apropriação por parte dos profissionais.

Ao falar da comunicação terapêutica, referimo-nos à comunicação entre enfermeiro e cliente que consegue atingir as metas do plano de cuidados. Utilizando os exemplos dos hipertensos e dos diabéticos, em uma comunicação terapêutica o enfermeiro não se contentará com orientações sem impacto na vida dos clientes, haverá preocupação com a clareza da mensagem, o ambiente em que ela está sendo apresentada, os ruídos que poderão atrapalhar a compreensão e também com as respostas geradas.

Em uma comunicação terapêutica, o enfermeiro questionará o sentido da mensagem, tanto para o emissor quanto para o receptor, ou melhor, entenderá que ele ora assume função de emissor ora de receptor; avaliará os sentimentos e as crenças que favorecem esse tipo de comunicação, assim como tudo aquilo que a desfavorece; também buscará maneiras de gerar reflexão e respostas mais efetivas.

Sendo assim, podemos perceber a comunicação terapêutica como um ato criativo, um processo que exigirá diálogo verdadeiro entre os participantes, preocupação com o outro e, consequentemente, alterações na maneira de perceber, sentir e agir dos sujeitos.

A precaução com o ambiente é uma característica histórica para a enfermagem, e não é diferente ao se tratar de comunicação, pois precisamos propiciar condições ambientais adequadas, garantindo a segurança, o conforto e a privacidade dos clientes.

Como situação clínica para reflexão, pense em uma sala de emergência superlotada, na qual a distância mínima entre os leitos não é respeitada, que apresenta uma relação funcionários e clientes desproporcional, em que falta roupa de cama e outros problemas... Esses aspectos podem intervir desfavoravelmente na comunicação, concorda?

Se o cliente sofre com uma doença e no momento de sua internação, em que busca uma solução para o seu problema, oferecermos um ambiente como o descrito no parágrafo anterior, dificilmente propiciaremos conforto ou privacidade, mas ainda assim devemos buscar segurança e estimular a expressividade dos seus sentimentos, pois já dissemos que a comunicação é entre outras coisas um processo criativo.

Então, como criar meios propícios em um terreno tão árido?

A proposta deste capítulo é evidenciar que a ferramenta essencial para a construção da comunicação terapêutica é o próprio enfermeiro. Acreditar que mesmo em condições desfavoráveis cabe a esse profissional valorizar e identificar as necessidades dos clientes e criar estratégias para efetivar a comunicação. Não teremos como explicitar tais estratégias, pois não se trata de um modelo prescritivo comum a todos, mas podemos sugerir, tomando como exemplo a descrição supracitada, convidar o cliente para uma conversa em um local distante dessa sala de emergência superlotada ou propor um grupo de conversação entre clientes com queixas similares.

Ao depositarmos no enfermeiro a vitalidade do processo de comunicação terapêutica, somos obrigados a fazer algumas reflexões sobre a personalidade, as condições de saúde, as crenças, os valores, quem é e como está esse profissional. Todas essas variáveis favorecerão ou prejudicarão a comunicação, assim como a linguagem utilizada, pois é sabido que se esta for demasiadamente técnica não alcançará a compreensão do cliente. O enfermeiro precisa encontrar uma forma clara de expressar a mensagem e solicitar que o cliente também seja claro, para que ambos possam construir um percurso livre de preconceitos.

O cliente pode relatar que sente dor na "batata da perna" ou que seu "bico de papagaio está queimando". Essas afirmações são claras? Todos conseguem identificar quais são as partes do corpo referidas? Por outro lado, pode não ser

claro para o cliente se o enfermeiro disser que a região posterior da sua perna ou região cervical está afetada. Criativo será descobrir um registro linguístico que promova a compreensão, e ter uma escuta sensível que esteja disponível apesar de todos os fatores desfavoráveis.

Disponibilidade, eis o grande desafio. Atrevemo-nos a afirmar que o êxito da comunicação terapêutica está pautado na disponibilidade. Destacamos anteriormente a importância da figura do enfermeiro, agora a complementamos com a disponibilidade do enfermeiro. Quanto estamos ou somos capazes de nos disponibilizarmos ao outro?

REFLEXÃO

Imagine a cena: adentra a emergência do hospital um homem com aparência suja, vestimentas degradadas. Ele relata que está em situação de rua há meses, apresenta múltiplas lesões corporais e exala um odor fétido. Será fácil para o enfermeiro estar disponível para esse homem?

Pensar nessas questões se faz necessário, pois trata-se de um exercício que ajuda na condução da situação quando esta se tornar real. Talvez acostumado com bons perfumes, de repente o enfermeiro se percebe diante de odores desagradáveis, e, ainda assim, afirmamos que ele deve estar disponível. O que determinará essa condução será o reconhecimento de suas próprias limitações, pois o enfermeiro é, antes de tudo, um ser humano, dotado de imperfeições e limitações. Esse reconhecimento será imprescindível para distinguir até onde se pode avançar na comunicação, o que em sua ação está tomado de seus próprios preconceitos e quão distante da proposta terapêutica está se colocando.

Suponhamos o momento da admissão hospitalar de um cliente; o enfermeiro apresenta as acomodações do hospital e a equipe, fala das rotinas, entrega o uniforme e permite que o cliente fique sozinho para a trocar a vestimenta. Instantes depois o enfermeiro retorna ao quarto do cliente, que faz questionamentos sobre a rotina, a equipe, as instalações do hospital... O cliente não ouviu nada do que foi dito pelo enfermeiro?

Caberia ao enfermeiro perceber que o cliente estava alheio ao comunicado, e isso evitaria a necessidade de repetir todas as informações. Lembra-se de quando dissemos que comunicar não é apenas dizer? Nesse caso o enfermeiro disse tudo o que julgava importante no ato da admissão, e o cliente não compreendeu

nada. Transpondo esse exemplo para uma comunicação terapêutica, se o enfermeiro identificasse a incapacidade momentânea de ambos dialogarem sobre rotinas, talvez tivesse solicitado apenas para o cliente dizer como se sentia, colocando-se à disposição para ajudá-lo em suas necessidades. Dessa forma, percebendo o momento oportuno, explicaria as rotinas hospitalares.

O que queremos dizer com isso? A comunicação terapêutica é de competência do profissional, pois cabe a ele se apropriar dos conhecimentos para identificar o melhor momento, ambiente, linguajar e, mediante essa identificação, anunciar algo e preocupar-se com a compreensão e a resposta.

Importa ao enfermeiro entender que todos se comunicam, e o não dizer também é se comunicar. Por vezes, apenas com um olhar somos capazes de expressar nossa satisfação ou insatisfação com algo, sem que uma palavra seja verbalizada. E, mesmo que digamos duas vezes a mesma mensagem, elas não serão iguais, porque a condição humana faz que modifiquemos e sejamos afetados pelo que ocorre ao nosso redor. Podemos concluir, então, que momentos diferentes caracterizam mensagens diferentes, mesmo com conteúdos iguais.

Tendo em vista a complexidade da comunicação terapêutica, levantaremos alguns aspectos que devem ser exercitados nas conversas cotidianas, para, assim, desenvolver habilidades futuras para sua execução:
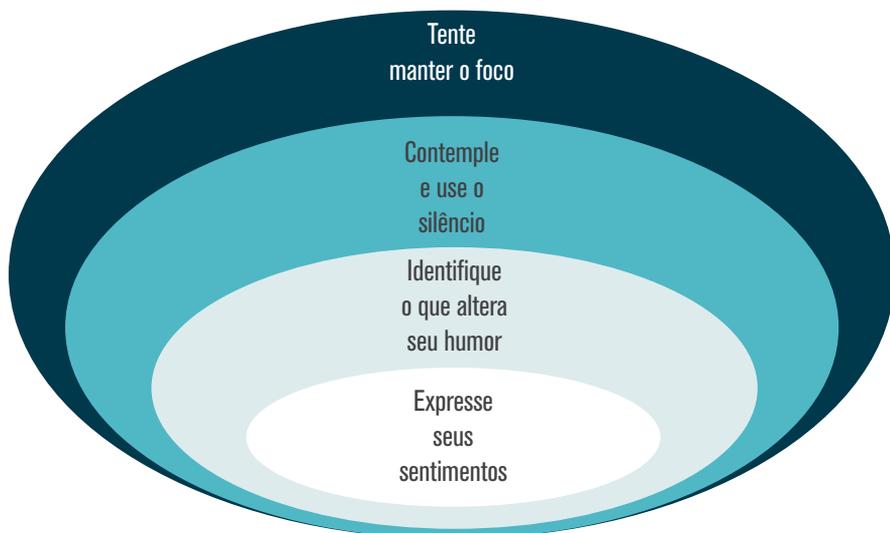
Figura 1.2 Elementos da comunicação terapêutica.

Fonte: elaborada pela autora.

Stefanelli (1985, p. 83) descreve três grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica:

1. **Grupamento de expressão:**
   - Ouvir reflexivamente.
   - Uso terapêutico do silêncio.
   - Verbalizar a aceitação.
   - Usar frases reticentes ou em aberto.
   - Repetir o comentário feito pelo paciente.
   - Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente.
   - Introduzir um problema relacionado.
   - Fazer perguntas.
   - Fazer uma pergunta relacionada ao que o paciente disse.
   - Direcionar a pergunta feita pelo paciente para ele mesmo (devolver a pergunta).
   - Usar frases descritivas.
   - Manter o paciente no mesmo assunto.
   - Permitir ao paciente que escolha o assunto.
   - Colocar em foco a ideia principal.
   - Verbalizar dúvidas.
   - Dizer não.
   - Estimular a expressão de sentimentos subjacentes (verbalizar o que está implícito).
   - Usar terapeuticamente o humor.
2. **Grupamento de clarificação:**
   - Estimular comparações.
   - Solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns.
   - Solicitar ao paciente que precise o agente da ação.
   - Descrever os eventos em sequência lógica.
3. **Grupamento de validação:**
   - Repetir a mensagem do paciente.
   - Solicitar ao paciente que repita o que foi dito.
   - Sumarizar o conteúdo da interação.

Você percebeu que a terminologia dos grupamentos supracitados diverge da que utilizamos no que diz respeito aos termos paciente e cliente. Stefanelli utiliza paciente – e, como resgatamos alguns de seus elementos, mantivemos o termo –, mas continuaremos a tratar como cliente, pois a palavra paciente remeta à ideia de passividade, e acreditamos que o termo cliente contemple mais amplamente a valorização dos seus saberes.

As estratégias visam ajudar no estabelecimento da comunicação terapêutica. Já as de expressão buscam facilitar o início do diálogo, ao sugerir que ouçamos reflexivamente, além disso, aborda muitas ações, pois exige interesse, atenção, dedicação e problematização. Ouvir reflexivamente demanda sensibilidade para perceber inclusive o não dito, as risadas e aquilo que é quase dito; implica questionar constantemente o que o outro está dizendo: qual é o sentido do que foi dito? O que ele não conseguiu dizer? Posso ajudar a dizer de outra forma? Como posso ajudar?

Um ponto que escrito pode parecer simples, mas que também exigirá de você exercício, é o silêncio. Experimente ficar em silêncio durante cinco minutos ao lado de alguém, olhando em seus olhos, demonstrando interesse em compartilhar algo. Isso ajudará a respeitar o tempo do outro, pois cada um de nós tem um curso do pensamento, alguns são mais rápidos, outros, mais lentos, e esse tempo deverá ser identificado e respeitado.

Cinco minutos pode parecer uma eternidade. Estar em silêncio diante do outro, principalmente quando essa situação se repete algumas vezes, pode gerar ansiedade no profissional. O que o cliente está querendo dizer? Será que estou fazendo algo para inibir sua expressividade?

Perceber a tendência de o silêncio gerar ansiedade é importante para discernir e entender que, diante dele, o profissional pode se intimidar e tangenciar a mensagem, afastando-se assim do foco e não gerando problematização. Então, após minutos em silêncio, vale repensar a forma com a qual estamos conduzindo a comunicação. Na verdade, pensar essa condução deve ser algo constante, lembrando que os elementos não são estanques, assim como os papéis (de emissor e receptor).

Em alguns momentos, caberá ao enfermeiro apenas estar com o cliente em silêncio, esperando a oportunidade para iniciar o diálogo. E vale ressaltar que "estar com" é estar disponível, diferente de apenas ocupar o mesmo local sem dar atenção ao cliente, por exemplo, mexendo no celular ou imaginando o que fará quando acabar o expediente.

Há situações em que o cliente ainda não conseguiu elaborar sua queixa, e o enfermeiro se aproxima para realizar a entrevista, fazendo perguntas como: o que você está sentindo? O que motivou sua vinda para o hospital? Você tem alergias? Toma algum tipo de medicação? E o cliente ainda está pensando: "O que aconteceu comigo? Onde estou e como vim parar aqui?". Talvez o mais interessante nesse momento seja simplesmente se apresentar e se ofertar, estar à

disposição para esclarecer dúvidas e, assim que for possível, fazer as perguntas importantes para construção do plano de cuidados.

Aceitar o cliente: essa aceitação implica não realizar julgamentos. Frases como: "aquele cliente é tão educado, sempre me cumprimenta"; "Fulano é insuportável, ele é muito autoritário"; e "Beltrano não tem um pingo de educação, finge que está dormindo quando eu entro no quarto" são afirmações que julgam, mas que não auxiliam, nem alcançam sua função terapêutica.

A busca pela comunicação terapêutica atravessa a oferta de elementos para a mudança de comportamento. Fazendo menção aos exemplos citados, o enfermeiro poderia dizer: "Sei que o senhor não está dormindo, mas aceito que não queira falar comigo. Estarei à disposição quando se sentir à vontade para falar", dessa forma, ele verbaliza a aceitação, o que pode promover reflexão, e, assim, o cliente começar a falar com o enfermeiro.

Estamos utilizando a nomenclatura cliente, mas destacamos que o chamado deverá ser nominal. Um erro comum é chamar o cliente pela patologia ou o número do leito que ele ocupa ("O paciente da ferida na perna"; "o leito dezesseis está pedindo água"). Chamar o cliente pelo próprio nome é demonstrar interesse, e podemos inclusive perguntar a ele como gostaria de ser chamado. Alguns se apresentarão como "professor Fulano de tal"; "enfermeira Maria", ou seja, alguns se reconhecem a partir de suas categorias e titulações, e em uma demonstração de interesse devemos respeitar essa apresentação.

Não se trata de submissão chamar o outro pelo seu título, se ele apenas se reconhece assim, trata-se de respeito. Pode-se, gradativamente, inserir perguntas para gerar reflexão, ainda no exemplo que utilizamos: "antes de ser enfermeira/professor, como você se apresentava?". Percebam que estamos, na comunicação terapêutica, fazendo que outro reflita e tome a decisão, e não decidindo por ele.

A sugestão de usar frases com sentido aberto ou reticente tem o objetivo de aprofundar a temática. Alguns exemplos: "estava fazendo o curativo em casa com..."; "toma os remédios...". Nessas situações o enfermeiro cria a oportunidade de o cliente falar livremente sobre a temática, permitindo-o explicar com quais substâncias realizava o curativo, de que forma, quem o realizava... Abordar o tema de forma aberta aumenta a manutenção do foco da conversa.

Isso pode se dar a partir da repetição de um comentário feito pelo cliente: "O senhor falou sobre angústia, isso é...". Repetir o que foi dito pelo cliente demonstra que o enfermeiro estava atento à conversa, ou seja, é mais uma demonstração de respeito.

Independente das estratégias eleitas para o estabelecimento da comunicação, todas deverão ser claras e, se necessário, esmiuçadas diversas vezes. Deve-se perguntar apenas aquilo que seja de interesse para resolução do problema, e não para sanar as curiosidades da equipe. Um cliente que aparenta ser rico, veste roupas de grife, utiliza um linguajar sofisticado, a equipe está curiosa para certificar-se do *status* econômico do cliente – "será que ele é milionário? O que isso implica em nosso plano de cuidados?". Não nos interessa se o cliente é rico ou pobre, certo? Logo, as perguntas devem estar relacionadas à situação-problema e à história de vida que ajude a sanar a situação.

Quanto às respostas, precisamos estar preparados para elas. Por vezes, realizamos a pergunta e desesperamo-nos com as respostas. Um enfermeiro inicia o plantão diurno, entra na enfermaria e diz ao cliente: "Bom dia! Tudo bem?". Outro enfermeiro na mesma situação diz: "Como passou a noite? Desejo que tenha um bom dia!".

Percebe a diferença? No primeiro exemplo o enfermeiro induz a resposta. O que normalmente respondemos quando nos perguntam "tudo bem?": "Tudo bem". E quando nos dizem bom dia, prontamente respondemos bom dia, mesmo que o dia não esteja bom. Isso mais parece uma "conversa de elevador", na qual dizemos bom-dia e perguntamos se está tudo bem sem o menor interesse em quem responde.

Imaginem se cada vez que entrássemos no elevador e perguntássemos como as pessoas estão elas respondessem sinceramente. Correríamos o risco de entrar em colapso com tantas informações.

Agora, ao perguntarmos como passou a noite, abrimos a possibilidade para que os clientes descrevam a noite anterior com riqueza de detalhes e explicitem o que aconteceu de importante. Falamos de preparo porque as respostas podem ser difíceis: "Minha noite foi péssima, senti tanta dor que pensei em me matar", por exemplo.

Não saímos por aí falando de nossos sentimentos, assim como não perguntamos como as pessoas estão. A comunicação terapêutica é completamente diferente da comunicação cotidiana, e por isso esperamos que esta leitura sirva de motivação para exercitarem algumas dessas estratégias.

Como não costumamos falar livremente dos nossos sentimentos, pode ser constrangedor quando um cliente nos faz uma pergunta mais íntima: "Enfermeiro, você tem relações sexuais quantas vezes por semana?". O ideal é devolver a pergunta para o cliente: "Você que falar sobre suas relações sexuais?". Assim ele perceberá que pode falar sobre o assunto e que o enfermeiro está interessado.

Pode ser, nesse exemplo, que o cliente esteja preocupado com o distanciamento da sua esposa, devido à internação, e angustiado e assustado com isso.

Decerto que o enfermeiro poderá responder as perguntas pessoais realizadas pelo cliente, pois por vezes trata-se apenas de educação ou de uma tentativa de aproximação. Em um exemplo, o cliente visualiza um porta-retratos na mesa da enfermeira com a foto de uma criança e questiona: "É seu filho? É lindo!". A enfermeira não precisa devolver todas as perguntas, e se devolvesse diria: "Você quer falar sobre seus filhos?". Mas ela também pode responder normalmente ao que foi perguntado e em seguida dar continuidade a conversa.

Permitir que o cliente escolha o assunto caracteriza uma forma de respeito. O cliente sente-se valorizado por ter iniciado a conversa, rompe-se a ideia de que apenas o profissional é o detentor do saber. Em algum momento o objetivo da conversa precisará vir à tona, mas isso tem de acontecer independente de quem inicie a conversa, pois às vezes, mesmo sendo o profissional a iniciá-la, o cliente responde prolixamente, fala tantas coisas que se torna difícil acompanhar a mensagem. E, nesses casos, é importante que o profissional deixe claro que não conseguiu acompanhar, pontue especificamente as dúvidas diante do que foi dito e solicite que o cliente repita especificamente o trecho da conversa que não ficou claro.

Esse esclarecimento pode funcionar também solicitando-se ao cliente que compare o que disse a outro evento, por exemplo, ao falar sobre a dor. Não é tarefa fácil para o cliente mensurar a dor, pois são ditas frases como: "Estou morrendo de tanta dor, por favor, me ajuda"; "essa dor é insuportável". Solicitar que ele diga se já sentiu dor similar em outro momento e que explique costuma funcionar: "Já senti uma dor parecida quando quebrei a perna"; "quando entrei em trabalho de parto foi bem assim...".

Caberá ao profissional, a partir dessa comparação, demonstrar ao cliente que ele superou uma dor similar, assim gerando a reflexão e, talvez, a percepção de que conseguirá suportar a dor atual. Veja que o enfermeiro pode, comunicando-se terapeuticamente, provocar a modificação de muitos comportamentos.

A tentativa é de auxiliar o cliente a descrever seus sentimentos de forma lógica, compreensível e clara, que seja capaz de identificar a estrutura do problema e redesenhar, junto ao profissional, um caminho alternativo, que pode não ser o da cura, mas falará de dignidade, de condições de vida mais humanas e menos sofridas.

Sempre atentos aos elementos que possam intervir de forma insatisfatória nesse processo, ou até mesmo impedir a efetivação da comunicação terapêutica, as barreiras da comunicação costumam ser: insensibilidade ou falta de habilidade em ouvir, ausência de concentração, pré-conceitos, pressuposição de entendimento e sobrevalorização das próprias ideias.

Em síntese, ressaltamos a importância do *ambiente*, *linguagem*, *disponibilidade*, *estratégias* e *barreiras de comunicação*.

Procuramos explicitar que a comunicação terapêutica tem um caráter de relação para além do aspecto de informação. Exige do enfermeiro o uso consciente de sua competência. As técnicas aqui descritas ajudarão a esclarecer o que foi expresso pelo cliente, a construir a comunicação terapêutica e a propiciar uma relação terapêutica enfermeiro *versus* cliente. Veremos no próximo capítulo os elementos dessa relação como a empatia, confiança, respeito mútuo e honestidade.

4 Tipos de comunicação: verbal e não verbal

Universalmente, a comunicação envolve toda e qualquer forma utilizada para anunciar uma mensagem, para um ser afetar outro ser, para o homem se comunicar na vida. E, embora a mídia anuncie avanços com os estudos sobre vida em outros planetas, por enquanto demonstramos certa limitação no domínio de nossa comunicação verbal e não verbal.

Ainda assim há controvérsias, uma vez que existe uma teoria amplamente divulgada nos livros científicos que postula que apenas 7% das mensagens são transmitidas por palavras, 38% por indicadores paralinguísticos e 55% pela corporeidade, e essa estimativa quase se tornou um mito sobre a comunicação. Embora possamos questionar a construção desses estudos e a cientificidade dessa estimativa, não hesitaremos em ressaltar a importância da comunicação não verbal.

Ao anunciarmos fatos, a comunicação verbal é bastante eficaz, mas, ao anunciarmos sentimentos, a comunicação não verbal destaca-se pela sua eficácia. Então, pensando em limitações, a comunicação verbal não consegue esclarecer facilmente sentimentos, além de precisarmos atentar para o significado **denotativo** e **conotativo** das palavras.

CONCEITO

Sentido denotativo

É o uso de um termo em seu sentido primeiro, real, do dicionário. Ao pensarmos em joia, logo nos vem ao pensamento uma pedra preciosa ou algo semelhante.

Sentido conotativo

É o uso de um termo em seu sentido figurado. Ao caracterizar alguém como uma pessoa "joia", houve uma transferência de sentido facilmente compreensível, mas inadequada para um concurso (SENTIDO..., 2013).

EXEMPLO

O cliente diz ao enfermeiro que ele parece uma fera. Há o sentido *denotativo*, que é a concretude, o significado real da palavra. Nesse exemplo, porém, o cliente talvez quisesse enunciar o sentido *conotativo*, ou seja, que o enfermeiro lhe parece bravo como uma fera.

Mas você concorda que ao falar em "fera" cada um de nós pode imaginar uma coisa? Leões, agressividade, firmeza, determinação etc. Não podemos presumir que todos estejam entendendo a mesma coisa, o significado das palavras, da comunicação verbal, pode ser diferente para cada um dos atores envolvidos no processo.

A linguagem verbal, que alguns autores chamam de psicolinguística, está associada ao que é falado ou escrito. A não verbal, também chamada psicobiológica, é a que se dá por meio de expressões, gestos e toque, que contempla ainda a comunicação paraverbal (ou paralinguagem), relacionada ao tom, ao ritmo e à entonação que damos às palavras.

Tudo o que discutimos anteriormente ajuda-nos a compreender a linguagem verbal, vale destacar que o enfermeiro comumente vai se apropriar dela por meio do registro em enfermagem, pois aquilo que registramos é classificado como comunicação verbal. Destacaremos, agora, a comunicação não verbal, que é subdividida em: *cinésica*, *proxêmica*, *tacêsica* e *paralinguagem*. E envolve todas as manifestações não expressas por palavras: postura, gestos, espaço entre as pessoas e disposição dos objetos.

EXEMPLO

Para ilustrar o poder comunicativo das expressões do corpo humano, assista ao trecho do primeiro episódio da série *Lie to me* (2001-2009) em: <www.youtube.com/watch?v=WamPAPl1HDs>.

4.1 Cinésica

É conhecida como a linguagem corporal, descreve quanto nosso corpo se expressa e anuncia algo. A maneira como nos sentamos no sofá de nossa casa decerto difere da forma como sentamos em uma cadeira da sala de aula, assim como não nos comportamos da mesma forma em uma cerimônia de casamento ou em um baile de carnaval. Nossos corpos assumem posturas diversas, ora gesticulamos mais ora estamos mais contidos, ora abaixamos a cabeça ora a levantamos. Nossa postura e nossos movimentos são carregados de influências culturais.

Ao utilizar o corpo para comunicar, temos de nos preocupar com a aparência e a vestimenta. Imagine ser cuidado por um enfermeiro no âmbito hospitalar com roupas esportivas? Ou por uma enfermeira completamente descabelada? Tudo – roupa, cabelo, maquiagem, acessórios etc. – ajuda a compor o que o corpo vai transmitir. Antes de conhecermos a competência do profissional, olhamos para aquilo que o corpo anuncia, logo, a preocupação com a imagem.

Em outra perspectiva, imagine ser cuidado por um enfermeiro com a postura curvada, que não olha nos olhos, com os braços cruzados. Essa imagem transmite segurança? O que esperamos do corpo do outro em um momento de cuidado? Disponibilidade. Precisamos estar “abertos” ao cuidado, e de modo geral isso é caracterizado pela maneira com a qual nos posicionamos na direção da pessoa cuidada, próximo o suficiente para demonstrar interesse, mas este não pode ser demasiado para não caracterizar invasão.

As expressões faciais exprimem o estado emocional dos sujeitos – tristeza, felicidade, raiva, medo, pressa etc. Com um olhar vago podemos nos apresentar distantes e dispersos, por outro lado, com um olhar intermitente demonstramos interesse. O rosto concentra a maior parte das nossas emoções.

Muitos clientes estarão impossibilitados de falar, seja pela presença de um tubo em sua cavidade oral, seja por um quadro psíquico de mutismo. Mas, independente do fator precipitante, haverá expressão corporal, e assim, mensagem.

? CURIOSIDADE

Em relação aos olhos, existe um documentário intitulado *Janela da alma* (2001), que desvela a potência do contato visual. O filme dos diretores brasileiros João Jardim e Walter Carvalho exibe entrevistas com personalidades que têm problemas visuais, entre eles, Hermeto Pascoal, Wim Wenders, José Saramago e Manoel de Barros.

4.2 Proxêmica

Consiste no estudo de nossa disposição no espaço, representa o modo como usamos e interpretamos o espaço dentro do processo de comunicação e das interações interpessoais. Tal estudo tem como pauta dois conceitos: espaço pessoal e territoriedade.

4.2.1 Espaço pessoal

O *espaço pessoal* representa uma "cápsula protetora" que permite a tomada de consciência de nós mesmos, quanto nosso corpo suporta a proximidade de alguém e nosso comportamento defende esse espaço. Uma espécie de bolha invisível existente ao redor de cada sujeito, que se modifica de acordo com o tipo de relação a ser mantida (íntima ou superficial), com as experiências de proximidade e afastamento que desenvolvemos ao longo das nossas vidas.

Quando o cliente não se sente seguro, ele defende seu espaço pessoal, por exemplo: desvia o olhar; finge estar dormindo; deitado no leito, cobre a cabeça com lençol, entre outras reações.

4.2.2 Territoriedade

Territoriedade é uma área física reivindicada como nossa, e, independentemente do local que ocupemos, nós o defendemos dos outros. É importante destacar que essa área não é fixa: onde quer que o sujeito esteja, ele delimita um território. Clientes que dividem uma enfermaria utilizam um roupão pendurado para demarcar o espaço de cada um. São quatro as funções básicas do território: segurança, privacidade, autonomia e identidade.

Podemos pensar em um cliente internado, institucionalizado, mutilado de todas as suas características, pois não pode usar a própria vestimenta, adereços, objetos pessoais, então, demarca seu espaço colocando uma televisão em cima de sua mesa de cabeceira. Podemos simplesmente mandar que retirem a TV, pois a administração do hospital não permite, ou buscar entender o significado daquela ação. Independente de sua escolha – embora esperemos que seja a de compreender e pensar em uma alternativa –, o cliente estava lutando pelo seu espaço.

Caberá ao enfermeiro calcular a distância, pedir licença, perguntar se ele pode se aproximar. A invasão do espaço pessoal de alguém provoca reações do tipo afastamento e interposição de barreiras, tanto físicas quanto psicológicas. Porém, a não aproximação também causa sensações desagradáveis de solidão e isolamento.

4.3 Tacêsica

Caracterizada pelo toque, precisaremos pensar: como, onde e por que tocamos no outro. Qual a pressão exercida? Qual a nossa intenção com aquele toque? O que um toque pode representar?

Pense em uma mulher dominada, que nunca fora tocada espontaneamente, e de repente, em uma situação de internação, vários profissionais da equipe de saúde tocam seu corpo para realizar exames físicos e procedimentos. Talvez essa mulher se sinta mais invadida que cuidada.

Logo, na condição de enfermeiros, devemos atentar para alguns elementos associados ao toque:

- **duração**: se curto ou longo;
- **localização**: próximo ou distante de áreas culturalmente preservadas;
- **ação**: velocidade imposta;
- **intensidade**: pressão exercida;
- **frequência**: quantidade;
- **sensação provocada**: graus de conforto ou desconforto gerados.

Ao tocarmos alguém precisamos de preparo; além de sempre pedir licença, lavar e aquecer as mãos são sinais de respeito ao próximo. A duração do toque precisa ser exatamente o tempo necessário para a resolução da situação-problema, nem mais nem menos, apenas na área específica – e se esta for a genitália ou qualquer outra parte considerada íntima para o cliente, devemos entender as dificuldades impostas. O toque não deve ser rápido nem lento demais, assim como não pode

ser forte a ponto de ferir ou tão leve a ponto de não funcionar; quanto à frequência, tocar o necessário. E sempre discutir o significado do toque para o cliente.

Decerto que o toque vai variar de acordo com a sensibilidade do local, mas principalmente de acordo com nosso preparo e destreza em sua realização. Destacamos esses fatores, pois, por exemplo, o simples procedimento de colocarmos um termômetro na axila do cliente pode ser considerado invasivo. As variações de gênero, idade, cultura também são importantes para a compreensão do toque.

4.3.1 Tipos de toque

Inevitavelmente, ao tocarmos alguém invadiremos seu espaço, o que pode diferir é o fato de haver consentimento ou não para o toque. Aprender os mistérios do toque é mais uma das árduas tarefas que apresentamos a você. Citaremos aqui três tipos de toque:

1	**Toque instrumental:** constitui o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica, como verificar a temperatura, fazer um curativo.
2	**Toque expressivo ou afetivo:** contato relativamente espontâneo e afetivo, não necessariamente relacionado a uma tarefa específica e tem a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em relação ao paciente.
3	**Toque terapêutico:** termo empregado para designar a impostação das mãos ou qualquer uso do toque de maneira terapêutica, como massagem e shiatsu.

Como sugestão, inicie o exercício tocando a si mesmo, atento às sensações fisiológicas emitidas pelo seu corpo. Quanto mais conhecermos nossas sensações, melhor compreenderemos as que provocamos no outro.

4.4 Paralinguagem

A paralinguagem abrange o tom, a velocidade e a entonação intrínsecos à mensagem, que são componentes gestuais do que é dito. São as pausas súbitas ou demoradas, a altura em que falamos. Essas ênfases podem alterar o significado da mensagem, por exemplo, o "não" pode ser mais bem aceito se dito em tom baixo comparado ao tom alto, que comumente é tomado como autoritário.

Uma "fala mansa" pode tranquilizar em uma situação de agitação, mas pode causar desespero em um momento em que a resposta precise ser enunciada rapidamente.

5 Impasses da comunicação terapêutica

Os bloqueios a tudo o que apresentamos neste capítulo são denominados resistência, transferência, contratransferência e violação de limites.

De modo geral, a *resistência* é a tentativa de o cliente não perceber os aspectos que geram ansiedade, uma relutância em mudar quando reconhece a necessidade da mudança, trata-se de uma oposição às descobertas.

A *transferência* é uma atitude inconsciente em que o cliente apresenta emoções para o enfermeiro associadas a alguém importante de sua vida. São tentativas para reduzir a ansiedade que podem surgir devido à semelhança física, comportamental ou relacional. Já a *contratransferência* é uma resposta emocional do enfermeiro pelas características do cliente, é a transferência do profissional para o cliente. A *violação de limites* se refere ao estabelecimento de uma relação pessoal, social ou econômica com cliente, e não mais terapêutica.

RESUMO

Ao longo deste capítulo abordamos as formas de comunicação não verbal, como os gestos e o toque, que por vezes transmitirão mensagens mais significativas que as palavras. O enfermeiro deverá analisar sua postura, sua vestimenta, sua expressão facial, sua gesticulação e a todo instante deverá lembrar-se de que o próprio corpo comunica algo, e sendo um agente do cuidado, o enfermeiro deverá comunicar harmonia, tranquilidade, conhecimento e certezas.

A comunicação estabelecida por meio dos movimentos corporais (cinésica), da distância mantida durante ela (proxêmica) ou do toque (tacêsica) não brotará pelo simples fato de termos escolhido a enfermagem, pois são necessários estudo e dedicação para compreendê-la.

Diante de tantos procedimentos técnicos característicos da enfermagem, o toque estará presente em quase toda a assistência e, para além da mera execução instrumental, deverá ter um caráter terapêutico.

Devemos ter o discernimento de que nossas expectativas e emoções interferem na comunicação, assim como preconceitos, pressupostos, insensibilidade, indisponibilidade e desmotivação; também precisamos criar estratégias para transpor as barreiras físicas e emocionais, e não encontraremos tais estratégias descritas em um manual.

A comunicação deve ser compreendida como um instrumento facilitador do cuidado, uma habilidade a ser adquirida. Também é necessário reconhecer que nos comunicamos desde sempre e que, na condição de enfermeiros, devemos aprimorar algo que já utilizamos não terapeuticamente e, assim, minimizar as dificuldades do aprendizado.

Pense em pessoas deprimidas. A imagem que provavelmente vem à tona é de alguém com uma postura curvada, aparência triste, em marcha lentificada. Em contrapartida, alguém saudável tende a se apresentar ereto, ágil e alegre. Isso quer dizer que o corpo comunica.

A busca pela comunicação terapêutica deve ser um ato consciente de todos os enfermeiros. Aqueles que aprofundarem seus conhecimentos em clínica cirúrgica serão diferentes daqueles que se tornarão intensivistas ou, ainda, daqueles que se dirigirem para a saúde coletiva. Mas, antes de qualquer especialização, todos deverão comunicar-se de maneira terapêutica.

Mesmo diante de procedimentos invasivos ou situações difíceis, se o enfermeiro conseguir comunicar terapeuticamente, a probabilidade de o cliente compreender o procedimento ou de minimizar sua angústia tende a ser relevante.

A singularidade do cuidado está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da comunicação terapêutica. Quanto melhor a comunicação, mais próximos estaremos da diminuição das barreiras e ruídos, elementos comuns à vida humana.

O procedimento pode ser simples, como aferir uma pressão, mas pode se tornar terapêutico ou invasivo. Terapêutico se houver preocupação com o significado dessa ação para o cliente, preparo para o toque e respeito às sensações provocadas. Invasivo se for simplesmente executado.

Deveremos considerar os valores e as crenças dos clientes, mas, antes de tudo, reconhecer que nossas próprias crenças e valores interferem no cuidado prestado.

Mesmo com a burocratização dos processos de saúde nos cenários de cuidado, sejam em hospitais, centros de saúde ou clínicas familiares, a capacidade criativa do ser humano e o desejo de estabelecer uma comunicação terapêutica devem prevalecer.

Para que o enfermeiro estabeleça uma comunicação terapêutica, será necessário conhecer o cliente, mas *a priori* ele deve conhecer a si mesmo. Não é possível identificar sentimentos e propor mudanças pertinentes sem o reconhecimento dos próprios sentimentos, já que se corre o risco de propor ações pautadas nas próprias demandas, e não nas dos clientes.

Os papéis são transitórios, o enfermeiro ora emite ora recebe a mensagem, e isso não diminui sua competência.

As comunicações terapêuticas assumem características de unicidade, não se repetem diante do mesmo quadro patológico e das mesmas características do problema, pois são

construídas entre pessoas, em determinado momento, ambiente e condições que não poderão ser reproduzidos.

Colocar-se à disposição do outro é um ato quase indescritível: precisa ser experimentado. Uma postura sem julgamentos ou pressuposições, algo que devemos buscar para efetivar a comunicação. Quando alcançada, a comunicação terapêutica chega ao ápice do cuidado em enfermagem, pois se não executarmos os procedimentos adequadamente, se não os comunicarmos terapeuticamente, estes podem não ter valor e sequer alcançar o caráter terapêutico.

Comunicação verbal e não verbal precisam ser congruentes. Não basta dizer que o outro tem valor, precisamos demonstrar essa mensagem, assim como não é suficiente anunciar que somos cuidadosos apenas quando se faz necessário ser cuidadoso.

As técnicas de comunicação descritas devem servir para reflexão, mas não podem ser tomadas como protocolo. A sensibilidade é algo que pode se lapidado, mas não protocolado. E precisamos de sensibilidade para comunicar terapeuticamente.

Se precisássemos reduzir estas páginas a um único parágrafo, diríamos que na condição de enfermeiro, para que se aprenda a falar e a tocar terapeuticamente, deve-se despir das supostas certezas e se disponibilizar para lidar com as incertezas da vida. Que, indubitavelmente, diante de todo sofrimento, dor, medo e dúvidas, o ser humano precisa de atravessamentos terapêuticos. Exercite!

EXERCÍCIO RESOLVIDO

R.P.C., gênero feminino, 24 anos, solteira, deu entrada em um hospital geral com quadro de "tentativa de suicídio" – ingestão de um frasco de carbamato (veneno para rato). A equipe da emergência realizou diversos procedimentos técnicos para manutenção da vida, como: punção venosa periférica, lavagem nasogástrica, instalação de soroterapia e administração medicamentosa prescrita. Após 12 horas em observação, R.P.C. pareceu melhorar – acordou, manteve-se deitada no leito com a cabeça coberta, mas não falou com os profissionais.

Assim que a cliente acordou, a equipe questionou os motivos da tentativa de suicídio.

Enfermeiro X: "R.P.C., você é muito nova e linda, deve viver! Não poderia ter feito isso... é muito feio. O que aconteceu? Aposto que brigou com o namorado".

Enfermeiro Y: "Não interessa o que tenha acontecido, ninguém tem o direito de atentar contra a própria vida. Só Deus pode decidir o momento da morte!".

Questão

As intervenções dos enfermeiros foram adequadas? Que tipo de comunicação R.P.C. desenvolveu? Justifique.

Resposta comentada

As intervenções não foram adequadas, pois os enfermeiros se apropriaram das próprias crenças e valores e julgaram o ato da cliente. Vimos que, para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica, não se deve estabelecer o que é correto para o outro a partir das nossas próprias percepções. Os enfermeiros deveriam ter se colocado à disposição.

Intervenção adequada: Sou a enfermeira X, estou entendendo que você não consegue falar no momento. Saiba que estou à sua disposição. Você deseja que eu chame alguém para estar com você? Segure minha mão se a resposta for positiva (e disponibilizar a mão). Neste momento, não se preocupe com nada, cuidaremos de você.

Vejam que a enfermeira não questionou o motivo do ato suicida, simplesmente se colocou à disposição. E, como a cliente estava em silêncio, ela percebeu, a partir do seu corpo – comunicação não verbal –, posicionado com a cabeça coberta, a comunicação expressa, ou seja, a impossibilidade momentânea de falar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SENTIDO denotativo e conotativo. *Portal Educação*, 20 mar. 2013. Disponível em: <www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/39768/sentido-denotativo-e-conotativo#ixzz3pxowuruJ>. Acesso em: 29 out. 2015.

STEFANELLI, M. C. *Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente*. São Paulo, 1985. 163p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

______.; CARVALHO, E. C. de. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem psiquiátrica:* princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOWNSEND, M. C. *Enfermagem psiquiátrica:* conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

2

Estudo das relações

1 Introdução

No primeiro capítulo, discutimos a questão da comunicação. Neste capítulo, abordaremos os relacionamentos, consequência natural da comunicação. Em nosso cotidiano, nos vários ambientes pelos quais transitamos, com as diferentes pessoas que convivemos, a comunicação é vital para que possamos interagir. A necessidade de estabelecer diferentes relações, de acordo com o ambiente em que nos encontramos, com as diferentes pessoas, de diversas maneiras e abrangências, é fundamental para que possamos nos comunicar e, assim, estabelecer também as diferentes relações de que necessitamos para nosso viver. O homem é um ser social que precisa interagir, por isso não vive só; em outras palavras, é um ser que necessita de outros seres para sobreviver. Faremos uma contextualização do ser humano, ou seja, de como ele se comporta nos diversos ambientes e como neles de situa.

Trataremos, ainda, do autoconhecimento, que é o saber sobre si mesmo, condição que leva o indivíduo a ter controle sobre suas próprias emoções para estabelecer boas relações. Discutiremos brevemente as relações entre enfermeiros e clientes, uma vez que estas serão tratadas em profundidade no Capítulo 4.

Para finalizar este capítulo, discutiremos os relacionamentos interpessoais, extremamente comuns entre os grupos humanos.

OBJETIVOS

- Situar o ser humano no mundo como ser social.
- Discutir a humanização na saúde e na enfermagem.
- Definir relacionamento intrapessoal/autoconhecimento e suas implicações para os enfermeiros.
- Definir relacionamento interpessoal.
- Discutir as implicações no estabelecimento dos relacionamentos.

2 O homem como ser social

O ser humano é essencialmente um ser social, um ser em uma relação que depende dos demais, enfim, um ser que se percebe no mundo e tem uma compreensão de si mesmo a partir do olhar do outro e de sua relação com o outro. As pessoas normalmente têm pouca consciência disso, haja vista tratar-se de algo que não se adquire, a não ser pela vivência.

Mais do que um simples ser gregário, o ser humano é um ser eminentemente social. Isso quer dizer, evidentemente, que, em contraste com as demais espécies vivas, o ser humano se adapta à natureza de maneira social, isto é, cria um meio artificial para a satisfação indireta de suas necessidades vitais. Esse meio artificial, base concreta da existência coletiva, representa, então, sem sombra de dúvida, o mais poderoso fator da evolução humana.

O ser humano/indivíduo como um todo, a pessoa "mundo", como denomina Perestrello (1982, p. 75), é um ser com um mundo relacional, com sua história, seu passado, seu "aqui e agora" e seu futuro. O ser humano é essencialmente um "ser com", ou seja, um ser em relação com os outros, um ser que depende dos outros para realizar-se e para amadurecer e que sofre também a pressão dos outros (FRITZEN, 2000, p. 37).

Do ponto de vista estritamente biopsicosociológico, o ser humano distingue-se dos demais animais pela alta hierarquização de suas estruturas. O ser humano conjuga tendências inatas e experiências vividas praticamente em todo o curso de sua existência. Porém, não deve ser entendido como estático e imutável, pois a personalidade é uma estrutura dinâmica em permanente busca de ser.

No dizer de Vietta e Bueno (1986), se a capacidade do ser humano como espécie é a sua humanidade, a característica do ser humano como pessoa é a sua individualidade.

Como dito anteriormente, o ser humano é único, e distingue-se de outros animais por ser capaz de sair de si mesmo e contemplar seu passado e os acontecimentos de seu país e da sociedade. Sua vida está relacionada à sua própria história e às estruturas sociais. O ser humano é um ser total: biológico, social, econômico, político e espiritual. Recebe reflexos das condições em que vive, mas é capaz de construir a si mesmo por meio de escolhas, ou seja, é capaz de se autodeterminar.

Isso porque o ser humano tem um mundo interior, um universo pessoal no qual ele é o centro, e é nesse meio individual que ele está inserido. O ser humano só pode ser explicado como indivíduo e compreendido como pessoa em função do meio físico de que procede e em sua intercomunicação ativa com o grupo sociocultural a que pertence.

Segundo Gilbert (1979, p. 42), o ser humano nunca está livre de seus sufocantes convívios, portanto, deve defender-se com as únicas armas humanas: a lógica e a razão. Quando se fala em se defender, por meio da conviviologia, entende-se que qualquer convívio é, ao mesmo tempo, devorável e devorador. A relação da pessoa com o mundo é uma adaptação ao meio externo por meio

de suas relações com outras. Logo, como ser humano, é preciso reconsiderar seu relacionamento com o mundo, pois, a cada minuto, nesse processo que é a vida, somos "sacudidos" pelo mundo, em um constante movimento de adaptações, reformulações e reestruturações, porque não somos estáticos, mas estamos em constante movimento externo e interno.

As metas e os objetivos que o ser humano alcança no decurso de sua existência representam, em última instância, sua filosofia de vida. Assim, entende-se que a busca do ser humano pela realização do seu ***télos***, interpretado pelo homem para dar sustentação aos seus conceitos sobre a vida (OLIVEIRA, 2004), refere-se tanto às raízes biológicas de caráter instintivo quanto à escala de valores sociais, culturais e espirituais que compreendem a existência. É nessa proposição que se fundamenta a assistência de enfermagem. O enfoque voltado para o indivíduo considera as três situações a seguir:

1	**Ser humano:** o ser humano é um ser total, em interação constante consigo mesmo e com seu ambiente, em busca da realização do seu *télos*. Seu desenvolvimento, por meio de sua trajetória vital, é um processo dinâmico e contínuo no qual as experiências se sucedem. Por isso, o conhecimento de si mesmo, o autoconhecimento, possibilita desenvolver as próprias capacidades e conhecer o outro, além de favorecer a identificação de suas potencialidades, fortalezas e fraquezas.
2	**Ser humano em um contexto:** no decorrer de sua existência, o ser humano é um agente participante na medida em que também recebe influências em seu meio físico, social e cultural. O ser humano, em suas interações, mantém sua individualidade, seus direitos, seus valores e sua identidade cultural. Todo comportamento humano tem um significado
3	**Ser humano, vulnerável, em um contexto:** nas sucessivas experiências de seu processo evolutivo, o indivíduo enfrenta episódios de crises que, quando superadas com sucesso, proporcionam amadurecimento, aumentando, assim, sua capacidade de enfrentar problemas. O ser humano não é um ser único: existe o outro e, com este, ambiente e contexto social com normas, valores e regulamentos que exercem influências e exigem respostas, as quais se manifestam como comportamento.

CONCEITO

Télos

É o que finaliza, no sentido de levar à plenitude, o que, em grego, diz-se com a palavra *télos*. Com muita frequência, traduz-se *télos* por “fim”, entendido como meta, e também por “finalidade”, entendida como propósito, interpretando-se mal essa palavra grega (HEIDEGGER, 2002, p. 14).

Para entender a totalidade do ser humano, ele deve ser analisado e compreendido como expressão de três planos, os quais são manifestações distintas do mesmo fenômeno ou diferentes ângulos da mesma realidade (BASTOS, 1983, p. 211):

1. Plano físico, vital, somático, orgânico.
2. Plano psicossocial, onde ele se relaciona.
3. Plano existencial (de valores pessoais), mediante o qual ele compreende e direciona sua existência.

As necessidades básicas do ser humano podem ser descritas como a condição biológica decorrente da falta ou da deficiência de algo essencial para manter o equilíbrio de que o ser humano necessita para se conservar vivo. Esse déficit é identificado pela interpretação de sensações orgânicas específicas manifestadas por um impulso, ou seja, pela imperativa busca de satisfação. A privação de um elemento levará ao desequilíbrio interno, que pode se expressar por dispneia, fome, sede e cansaço, condições que determinam um impulso do organismo à procura de satisfação.

O ser humano evolui com o tempo, e cada um tem seu progresso específico. Pelas suas progressivas descobertas, o ser humano/indivíduo aumenta o horizonte do seu conhecimento e impinge seu limite indefinidamente para cima. Desse modo, sua vivência aumenta-lhe, dia a dia, sua bagagem mental no processo de tornar-se uma pessoa, que é a experiência mais simples e profunda da vida. “Perguntas, perguntas e mais perguntas marcam a incontida evolução do ser humano, em sua incessante busca do ‘melhor’” (GILBERT, 1979, p. 42). É a *incessante busca do melhor* que leva o ser humano a procurar seu equilíbrio; mas quando ele sente que não preenche sua condição de ser humano, perde a capacidade de manter-se equilibrado.

Elias (1994, p. 29) enfatiza que "o corpo é, sem dúvida, o mais natural, o mais concreto, o primeiro e o mais normal patrimônio que o ser humano tem". Partindo dessa premissa, é fácil entender quanto as pessoas se desestratificam no momento em que algo não funciona como deveria nesse patrimônio. Qualquer mudança no indivíduo afeta seu desempenho físico-biopsicossocial, o que, em alguma medida, ocasiona uma alteração no funcionamento do seu ser, causando desequilíbrio.

Segundo Fromm (1981, p. 39), "o ser humano maduro encontra a si mesmo e suas raízes somente em relação criativa com o mundo e no sentimento de interligação com todos os homens e a natureza".

Fatores físicos, psíquicos e socioculturais interferem no indivíduo, determinando seu nível de sensibilidade à tensão, assim como o grau de vulnerabilidade à doença. Nada acontece por acaso, muito menos a doença, seja física ou mental. Grande parte da humanidade tem problemas emocionais de maior ou menor importância. Até mesmo os profissionais da área da saúde têm sido incoerentes e contraditórios ao rotularem de "doentes mentais" indivíduos com sintomas existenciais. Vietta e Bueno (1986, p. 94) indagam: "O que é normal e o que é anormal? Por que não estudar o comportamento dos homens?".

Percebe-se que é imprescindível conhecer o ser humano. E não apenas conhecê-lo, mas também ter consciência de seus valores, suas tradições e sua cultura. Esse conhecimento torna-se necessário para que se possa entender o ser humano e o porquê de seu comportamento. O ponto de vista da enfermagem é, portanto, antropológico. Ao enfocar o indivíduo como um todo indivisível, inspira-se um movimento tanto na área da saúde como em outras áreas que estudam o ser humano, a individualização e a humanização da assistência.

3 Humanização na assistência à saúde

Ao falar em profissões da área da saúde é impossível deixar de lado a questão da comunicação, pela própria natureza das profissões e das diferentes formas de sua atuação junto ao cliente. Quando se trata do enfermeiro, a comunicação é imprescindível para realizar seu trabalho. Na realidade da assistência, clientes e enfermeiros estão envolvidos em um processo interativo permanente.

Os enfermeiros são pessoas que emergem da sociedade comum, trazendo esperanças de uma vida com qualidade condizente com a Declaração Universal

dos Direitos Humanos. Por isso, o resultado que se deseja chegar, em termos de expectativas ou propostas de ajuda, deve ser pautado no modo pelo qual se processa a conduta profissional desse atendimento.

A finalidade primordial das unidades de assistência à saúde é, logicamente, a de ajudar o cliente a recuperar a saúde, que, à primeira vista, não é difícil de ser alcançada. No entanto, a saúde total engloba as áreas física, mental e social (saúde biopsicossocial).

> A abordagem quase que exclusivamente física da doença, tanto no trato dos clientes quanto na formação do profissional, a estrutura administrativa hierarquizada, a sobrecarga e o retalhamento do trabalho clínico criaram um clima social que nem sequer possibilita ao profissional considerar a ressonância de seu trabalho sobre sua sensibilidade e a dos clientes e, mesmo ainda, os aspectos terapêuticos ou não dessa mesma ressonância (MEZOMO, 1979, p. 64).

O setor de saúde necessita proporcionar bem-estar biopsicossocial, produzindo, recuperando e mantendo a saúde das pessoas. A razão de ser e a base da política de saúde estão no ser humano, que é sujeito e objeto de todas as atividades do setor da saúde. Por isso, as ações profissionais éticas e morais corretas e humanizadas levam ao atendimento do ser humano em sua totalidade. Para a enfermagem, o objeto de trabalho é o cuidado.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), em seu art. 25, reconhece a saúde como um dos direitos do ser humano:

> Art. 25
>
> 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
> 2. A maternidade e a infância têm direito à ajuda e à assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma proteção social.

Ao falarmos de saúde, precisamos mencionar vários aspectos, conforme abordaremos nos itens a seguir.

3.1 Saúde física

> A doença não é somente uma mudança no funcionamento e nos aspectos do corpo e da mente. Paralelamente a ela, surgem comprometimentos afetivos e sociais. A ansiedade experimentada pelas pessoas doentes as torna mais vulneráveis às mensagens verbais e não verbais do terapeuta (DAUBENMIRE et al., 1978, p. 25).

A primeira necessidade afetada é a de segurança emocional, o que prejudica também a autoimagem e o autoconceito.

A doença é considerada por Beland e Passos (1978) uma situação de desequilíbrio entre as forças dos ambientes externo e interno do indivíduo. Uma reação de tensão que se estende para além dos limites de reserva e capacidade da pessoa, na tentativa de buscar respostas para adaptar-se às condições ambientais inadequadas ou excessivas.

3.2 Saúde mental

Não são apenas as condições ambientais que influenciam no bem-estar do ser humano. Na verdade, existem muitas outras, entre elas:

- **Choque emocional**: desequilibra a psiquê e provoca angústias.
- **Rompimento das defesas pessoais**: o indivíduo é obrigado a pedir proteção e cuidados, o que causa sensação de impotência e perda de privacidade.
- **Afastamento da comunidade**: o indivíduo é privado da vida social necessária ao equilíbrio.
- **Abandono das atividades normais da vida**: pode causar sérios conflitos e perda de identidade.
- **Afastamento da família e do hábitat de vida**: levando-o ao desequilíbrio.
- **Dor**: ocasionando alto grau de ansiedade e incômodo.

Em geral, o adulto, homem ou mulher, com problemas orgânicos apresenta associadas a isso alterações emocionais que podem agravar seu quadro orgânico, o que, muitas vezes, pode desencadear fatores inerentes a ele. Não se pode esquecer de que este está ligado ao direito à intimidade.

3.3 Saúde social

O indivíduo, quando afetado por doença, busca retornar ao seu equilíbrio, junto a pessoas e instituições que se ocupam em promover a saúde. Entretanto, existe um impacto entre os valores trazidos pela pessoa e os encontrados na

instituição: o indivíduo chega com uma concepção de si mesmo, mas seu "eu" é sistematicamente modificado, e o que assinala essa modificação é a barreira que as instituições colocam entre o internado e o mundo externo.

Sob o ponto de vista sociológico, o hospital, considerado uma instituição "despersonalizante", que, por definição, não é estabelecida para suprir as necessidades de pessoas cujas condições psicológicas estão além da capacidade hospitalar de prestar socorro. Esses clientes representam um fracasso da instituição no seu papel de apoio à vida, e não há nada nesse sistema que supra a carência do espírito humano quando o corpo necessita de cuidados.

Por isso, a maioria das pessoas morre em um hospital, sendo esta uma das razões primárias por que a morte é tão dura (KÜBLERS-ROSS, 2008).

Podemos considerar, então, as instituições de saúde, em geral, como um espaço terapêutico organizado para abrigar o ser humano que busca reencontrar seu equilíbrio. As situações adversas, o estresse, o conflito e o medo movimentam energias interiores que aceleram o processo de crescimento do ser humano.

O próprio hospital é deformado em sua finalidade real e passa a representar a realização das esperanças e dos sonhos do cliente, que não consegue esconder a angústia na qual a internação o coloca. Porém, algumas pessoas que trabalham nas instituições de saúde mantêm-se isoladas e distanciadas das pessoas que tratam. Isso porque o cliente traz consigo uma carga emocional muito grande, e deixar-se "despir" pode significar a privação de sua identidade, levando-o a sentir-se perplexo, desorientado e deprimido.

Cada profissional considera apenas uma de suas partes e ninguém vê o cliente como um todo. Se cada profissional cuida de uma parte, deveria existir alguém que cuidasse do todo e fosse capaz de explicar ao cliente o que se passa; no entanto, a preocupação é com a ação imediata, e falta tempo para pensar e falar, levando o enfermeiro a tratar o cliente de maneira mais impessoal.

3.4 Humanização em enfermagem

O cliente espera do pessoal de enfermagem, principalmente do enfermeiro, um atendimento que satisfaça todas as suas necessidades, mas o afastamento que existe entre enfermeiros e clientes os torna incapazes de responder às necessidades. O enfermeiro se dispôs a estar presente nessas situações e se

comprometeu a atuar, tanto no campo humano como no profissional, a serviço de outros seres humanos. Ele passa a organizar e responder pelas condições necessárias ao crescimento da relação interpessoal. Essas condições são: o meio, o ambiente e a terapia que o envolvem.

Um ambiente terapêutico positivo consiste em acolhimento, integração e aceitação, para que o cliente possa se encontrar consigo mesmo, com os outros, com fatores como dor, dependência e limitação, a fim de que possa levar um saldo positivo da hospitalidade recebida.

Os clientes chegam enfermos às instituições de saúde. O enfermeiro deve ajudá-los a visualizar a inter-relação entre fatores emocionais existentes e sintomas físicos, auxiliando-os, desse modo, a lidar com a situação adversa vivida transitoriamente.

Segundo a proposta de trabalho para a Equipe Multiprofissional em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental de Oliveira (2004), as ações de saúde mental devem ser integradas às atividades de programas e subprogramas da Unidade Básica, porque o aspecto psicológico sempre deve ser abordado, mesmo quando a queixa ou a situação não for especificamente relacionada à área emocional. Este é um ponto muito importante e que passa despercebido pela maioria dos enfermeiros.

Basta pôr em prática a habilidade de diálogo do profissional, para que haja possibilidade de emergir uma possível enfermidade, que possa estar subjacente à enfermidade visível, ou seja, o cliente chega à instituição com uma queixa principal, um sintoma detectado, mas isso não significa que seja somente aquele, pois subliminarmente pode haver mais, e isso o profissional de saúde pode e deve perceber.

As instituições de saúde têm condições de oferecer tecnologia avançada, terapêutica adequada e profissionais tecnicamente competentes. Porém, será sempre e somente essa a expectativa do cliente? Em vista desses e inúmeros outros fatores, nota-se a relevância da equipe de enfermagem e do enfermeiro, líder dessa equipe, frente ao cliente. Rockenbach (1985, p. 79) diz que a superespecialização do pessoal e os equipamentos nem sempre são necessidades da maioria. Essas condições são necessárias sim, mas o humano se faz imprescindível sob pena de quaisquer tratamentos tornarem-se inócuos.

? PERGUNTA

Como podemos falar em humanização nas instituições de saúde, sem antes constatarmos humanização nas equipes de enfermagem?

Em hipótese alguma deve-se dispensar a oportunidade de educar, por meio do reconhecimento das condições potenciais daquele que necessita de cuidado, mesmo que transitoriamente. Nesse caso, basta uma garantia de apoio, percebida na habilidade de se trabalhar as ansiedades, que favorece a segurança das expressões de sofrimento e tensão a que muitos indivíduos se entregam, antes que tenham condições de efetuar qualquer tentativa de reformulação de emoções ou de atitudes.

Sem conhecimento de causa, sem preparo ou atenção para os perigos de envolvimento ou identificação emocional não será possível dar suporte ou confiança às necessidades psicossociais e psicoespirituais a quem quer que seja. A garantia do sucesso de qualquer intervenção humana depende, em última instância, da maneira pela qual são atendidas as demandas emocionais. A solução dos conflitos pode ocorrer mediante três estratégias: evitando-os, adiando-os ou confrontando-os.

4 Relacionamento intrapessoal: o autoconhecimento

Relacionamento, por definição, é um ato que envolve ligação emocional, pessoal ou profissional entre pessoas que se unem com objetivos e interesses em comum. Abrange um conjunto de atos não programados que depende da percepção do outro em cada momento e aos sentimentos tanto alheios como próprios (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Relacionamento intrapessoal, que é o **autoconhecimento** (auto-, si mesmo, e conhecimento), refere-se à capacidade de o indivíduo conhecer a si mesmo, compreender seus desejos e medos, controlar suas emoções, administrar seus sentimentos e projetos de vida, enfim, tudo aquilo que diz respeito a si mesmo. Dessa forma, o indivíduo poderá construir um modelo de si mesmo, que seja útil e eficaz, e utilizar esse modelo em suas tomadas de decisão, pois há um conhecimento sobre suas capacidades, o que o permite usá-las da melhor

forma possível. Essas informações utilizadas com eficiência propiciam a oportunidade de regulação da própria vida.

CONCEITO

Autoconhecimento

Autoconhecimento é saber lidar com sentimentos: monitorar a "conversa consigo mesmo" para captar rapidamente mensagens negativas, tais como repreensões internas, compreender o que está por trás de um sentimento (por exemplo a mágoa por trás da raiva); encontrar meios de lidar com medo, ansiedade, raiva e tristeza (GOLEMAN, 2001, p. 317).

O conhecimento de si mesmo permite desenvolver a habilidade de entender e orientar o próprio comportamento. A essa habilidade chamou-se utilizar sua inteligência intrapessoal, termo que surgiu a partir dos anos 1980, quando Gardner elaborou a teoria de inteligências múltiplas, independentes entre si e, entre as quais, encontrava-se a inteligência intrapessoal, conhecimento dos aspectos internos de si mesmo. A pessoa com boa inteligência intrapessoal é capaz de traçar um modelo viável e efetivo de si mesmo (GARDNER, 1995).

No oráculo de Delfos, na Grécia antiga, já se lia: "conhece-te a ti mesmo". Para ilustrar essa afirmação, transcrevo as palavras de Goleman (2001, p. 58):

> Um guerreiro samurai conta uma velha história japonesa:
> Certa vez, desafiou um mestre zen a explicar o conceito de céu e inferno. Mas o monge respondeu-lhe com desprezo.
> — Não passas de um grosseiro... não vou desperdiçar meu tempo com gente da tua laia!
> Atacado na própria honra, o samurai teve um acesso de fúria e, sacando a espada da bainha, berrou:
> — Eu poderia te matar por sua impertinência.
> — Isso, falou calmamente o monge, é o inferno.
> Espantado por reconhecer como verdadeiro o que o mestre dizia acerca da cólera que o dominava, o samurai acalmou-se, embainhou a espada e fez uma mesura, agradecendo ao monge a revelação.
> — E isso, disse o monge, é o céu.
> A súbita consciência do samurai sobre seu estado de agitação ilustra a crucial diferença entre alguém ser possuído por um sentimento e tomar consciência de que está sendo arrebatado por ele. A recomendação de Sócrates, "conhece-te a ti mesmo" é a pedra de toque da inteligência emocional: a consciência de nossos sentimentos no momento exato em que eles ocorrem.

Isso é o autoconhecimento que, segundo Goleman (2001), tem alguns componentes:

- **Autoconsciência:** permanente atenção ao que estamos sentindo internamente. Atenção reflexiva, introspectiva, à nossa própria experiência, às vezes chamada conscienciosidade (p. 60). Abrange observar a si mesmo e saber exatamente o que está sentindo, formar um vocabulário para nomear os sentimentos, saber a relação entre pensamentos, sentimentos e reações (p. 317).
- **Autoconsciência emocional:** melhora no reconhecimento e designação das próprias emoções, maior capacidade de entender as causas dos sentimentos e diferenciar sentimentos e atos (p. 298).
- **Autoaceitação:** aceitar-se a si como é e ver-se sob uma luz positiva; reconhecer suas forças e fraquezas; ser capaz de rir de si mesmo (p. 318).

As informações que recebemos das outras pessoas a nosso respeito (*feedback*) podem e devem ser utilizadas como reflexão para aperfeiçoar nosso eu.

> A relação eu-eu é decisiva na interação com os outros. O equilíbrio interior, a harmonia consigo mesmo, a autoaceitação e valorização, a sensação de saúde, de bem-estar físico e mental, o estar de bem consigo, proporcionam segurança, abordagem positiva, construtiva e equilibrada nos contatos com os outros e com o mundo. O equilíbrio eu-eu permite abertura, espontaneidade, aceitação, confiança, intercâmbio, consideração, cooperação (MOSCOVICI, 2003, p. 31).

Gardner, quando decidiu escrever sobre as múltiplas inteligências, tomou a decisão de escrever a respeito de "inteligências múltiplas": múltiplas para enfatizar um número desconhecido de capacidades humanas diferenciadas. As inteligências nominadas e estudadas por Gardner (1995) são:

- inteligência linguística;
- lógico-matemática;
- espacial, musical;
- corporal-cinestésica;
- intrapessoal;
- interpessoal.

Verificamos que variam desde a inteligência musical até a inteligência envolvida no entendimento de si mesmo, que vem a ser o autoconhecimento ou ou relacionamento intrapessoal.

Gardner (1995) propôs duas formas de inteligência pessoal, não muito bem compreendidas, difíceis de estudar, mas muito importantes. A inteligência interpessoal é a capacidade de compreender outras pessoas, um sétimo tipo de inteligência, trata-se de uma capacidade correlativa, voltada para dentro. É a capacidade de formar um modelo acurado e verídico de si mesmo e de utilizar esse modelo para operar efetivamente na vida.

Os inteligência interpessoal nos permite compreender os outros e trabalhar com eles; a inteligência intrapessoal nos permite compreender a nós mesmos e trabalhar conosco.

> No senso do eu do indivíduo, encontramos uma fusão de componentes inter e intrapessoais. Na verdade, o senso do eu emerge como uma das mais maravilhosas invenções humanas, um símbolo que representa todos os tipos de informações sobre uma pessoa e é, ao mesmo tempo, uma invenção que todos os indivíduos constroem para si mesmos (GARDNER, 1995, p. 29).

Os psicólogos Luft e Inghman desenvolveram um esquema de dar e receber *feedback* chamado Janela de Johari (Figura 2.1).

Para explicar o processo de dar e receber *feedback*, os psicólogos Joseph Luft e Harrington Ingham elaboraram um modelo cuja configuração gráfica assemelha-se a uma janela de uma casa, com o perímetro externo rígido, dividido em quatro quadrantes separados por divisões. A palavra "Johari" é a junção dos nomes Joseph e Harrington.

A Janela de Johari exige a consciência de que a interação entre dois indivíduos envolve duas fontes de informação: do "eu" de cada um deles e do outro com quem se mantém esse contato. Aplicando esse conceito na interação entre enfermeiro e cliente, para compreender este o enfermeiro tem como referência seu próprio sistema de conceitos, que age como um filtro, de modo a condicionar a aceitação e o processamento de qualquer informação vinda do cliente, e o mesmo acontece com o cliente, que também tem seus conceitos prévios.

Esse filtro seleciona e rejeita toda informação não ajustada a esse sistema ou que possa ameaçá-lo, pois cada pessoa desenvolve seu próprio conjunto de conceitos para interpretar seu ambiente externo e interno e para organizar suas múltiplas experiências da vida cotidiana. O resultado dessas experiências reflete diretamente nas relações interpessoais, pois durante a comunicação cada ação gera uma reação (processo de alimentação e retroalimentação, ou seja, *feedback*).

Nesse modelo, a divisão do retângulo em quatro partes procura retratar a interação de duas fontes de informação, a da própria pessoa e a dos outros, e os processos comportamentais requeridos para a utilização das informações, que podem influenciar tanto as relações interpessoais como as grupais (Figura 2.1).
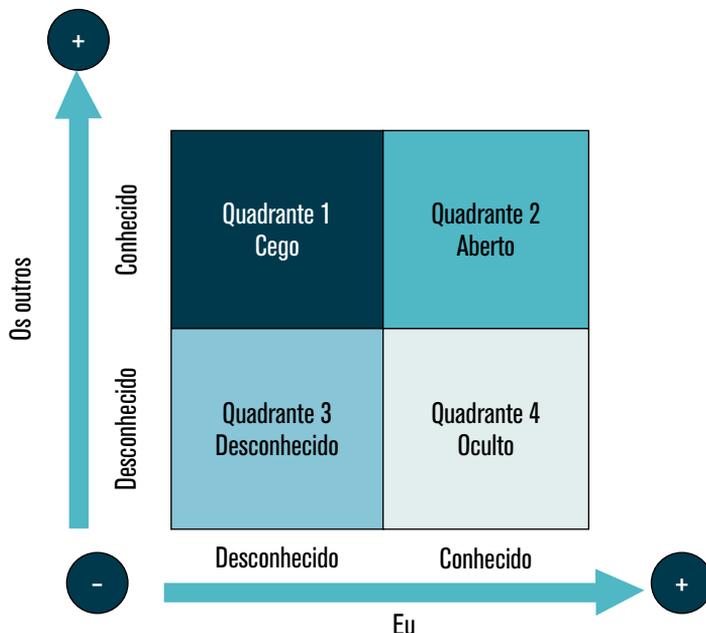
Figura 2.1 Janela de Johari.

Fonte: Fritzen (2000).

Cada uma das quatro divisões da Janela de Johari é uma representação de um tipo de situação em que se dá a percepção do indivíduo. Essas divisões, ou quadrantes, têm como referência o eu de cada indivíduo envolvido na interação, por isso são denominadas: *Eu Cego*, *Eu Aberto*, *Eu Desconhecido* e *Eu Oculto*. Veremos cada uma delas a seguir.

4.1 O Eu Cego

O Eu Cego representa a área da personalidade que o indivíduo inconscientemente esconde de si mesmo, mas que integra o comportamento que comunica aos outros. Corresponde às características de comportamentos que a própria pessoa não consegue observar, mas são evidentes para o observador externo. São exemplos do Eu Cego:

- Um enfermeiro trabalha há vários anos em uma unidade de saúde e, em uma reestruturação institucional, recebe um convite para assumir a chefia. Esse convite o deixa receoso por não se achar qualificado para tal função. Certamente, o convite veio pelo acompanhamento do seu trabalho por parte dos gestores ao longo da sua rotina de trabalho, mas para ele, que não percebe seu potencial, o convite é um desafio, e não um reconhecimento.
- Apesar de um enfermeiro não admitir o fato, os outros o veem como ansioso e notam que esse aspecto reduz sua eficiência durante o trabalho.

4.2 O Eu Aberto

O Eu Aberto representa as facetas da personalidade conhecidas pela própria pessoa, que está disposta a dividi-las com os outros. Pode-se dizer que essa área está restrita a características conscientes e óbvias e baseia-se na estimativa pessoal do que é correto em determinado ambiente interacional, limitando-se a pessoas próximas – amigos e parentes. São exemplos do Eu Aberto:

- Em uma seleção para emprego, o enfermeiro dedica-se aos estudos dos conteúdos, e os demais colegas observam sua dedicação. O enfermeiro e os colegas o consideram um candidato com grandes chances de aprovação na seleção. Caso ocorra a aprovação todos reconhecem que ele estava preparado, e se não for aprovado todos se mostram surpresos, pois o enfermeiro e os colegas o viam como um candidato qualificado para o cargo.
- Um cliente portador de *Diabetes melitus* segue todas as recomendações médicas e de enfermagem, mas sua glicemia apresenta-se sempre no limite de normalidade. O doente e os profissionais de saúde concordam que isso era esperado, uma vez que a estabilidade dessa doença depende de o doente seguir as orientações recebidas na unidade de saúde.

4.3 O Eu Desconhecido

O Eu Desconhecido representa as facetas da personalidade da pessoa, que nem ela nem os outros conhecem ou percebem. Nessa área, nem o indivíduo nem os outros estão conscientes das limitações ou potencialidades daquele que está em observação, por isso nas facetas mais superficiais, a tomada de consciência conseguida pela ampliação da abertura do diálogo ou pelo *feedback* a partir da discussão das situações vivenciadas podem contribuir para reduzir essa área.

São típicas dessa área as memórias de situações vivenciadas que influenciam diretamente na dinâmica intrapessoal e incluem sentimentos ou impulsos reprimidos e inconscientes, talentos, habilidades ou potencialidades inexploradas, entres outros. São exemplos do Eu Desconhecido:

- Em um acidente de trânsito, um enfermeiro que trabalha no Programa Saúde da Família e cuja rotina de trabalho não inclui atendimento em emergências, percebendo a gravidade de uma mulher vítima do acidente, que apresenta hemorragia grave, intervém com segurança, solicitando aos observadores que residem próximo ao local, material para atendimento emergencial, enquanto aguardam a chegada do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (Samu). De acordo com os profissionais do Samu, a mulher foi salva graças à intervenção do enfermeiro, que após o atendimento se mostrou surpreso pela iniciativa, uma vez que prestou socorro com base no aprendizado adquirido em um curso concluído há dez anos. Os observadores também não esperavam pela atuação do enfermeiro, pois ele não tinha informado sua profissão.
- Um doente terminal, antes revoltado com a doença, revela-se tranquilo nos últimos momentos de vida, solicitando a presença dos familiares para se despedir. Quando os familiares chegam, disse que não esperava receber a ideia da sua morte com conformação e sentir necessidade dessa despedida. Da mesma forma, os familiares afirmam que se surpreenderam com sua atitude.

4.4 O Eu Oculto

O Eu Oculto representa as facetas da personalidade que a pessoa conhece, mas que está consciente e deliberadamente tentando esconder dos outros. Esse tipo de eu descreve comportamentos nos quais o indivíduo omite informações que provavelmente estejam significativamente fora dos padrões considerados aceitáveis pelos outros. Durante o cuidado de enfermagem, pode revelar comunicação insatisfatória, pois revela receio, medo de censura ou repreensão, ou seja, o indivíduo tenta ocultar determinadas facetas da sua personalidade ou ocorrências para se proteger. São exemplos do Eu Oculto:

- O enfermeiro, durante sua rotina de trabalho, cometeu um erro na administração de um medicamento. Felizmente, não houve consequências graves, e ele conseguiu contornar seu erro. Apesar disso, o enfermeiro esconde o fato ocorrido.

- Uma mulher, cujo filho nasceu há um mês, durante a consulta de enfermagem, diante da pergunta do enfermeiro sobre a amamentação exclusiva não informa que já incluiu leite artificial na dieta do seu bebê.

Não vamos nos aprofundar na questão da relação enfermeiro cliente (relação terapêutica), já que esse assunto será trabalhado com a profundidade necessária no Capítulo 4. Neste momento, vamos apenas salientar a imprescindibilidade da relação intrapessoal nessa relação.

> A relação enfermeiro cliente, antes de tudo, é de ser humano para ser humano, um encontro genuíno e verdadeiro. Deve-se considerar que um indivíduo que se torna enfermeiro não deixa de ser humano. Ele se torna enfermeiro por opção, decidindo que o trabalho de sua vida será prestar serviço a pessoas (LEONI, 2014, p. 22).

O enfermeiro é uma pessoa, e não é fácil despir-se por algum tempo do saber e poder, implícitos na sua relação com o cliente (LEONI, 2014, p. 22).

> Escolher ser enfermeiro implica no desejo de estar sempre próximo ao sofrimento e à morte, contingências temidas pelo ser humano. É uma ânsia, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor dos sentimentos, que como doentes, nutrimos em nós mesmos. Assim, com a projeção no cliente, tratamos de nós.

5 Relacionamento interpessoal: eu e os outros

O relacionamento interpessoal é a capacidade por meio da qual o indivíduo se relaciona com outras pessoas, aguçando suas habilidades de observação e percepção sobre os outros. Por meio dessa habilidade, sentimentos, intenções, motivações, estados de ânimo são assimilados e utilizados de forma a permitir que a relação seja estabelecida, podendo, assim, interagir com outras pessoas, entendendo cada um de modo individual. Essa capacidade permite a descentralização do sujeito para interagir com o outro. O sair de si mesmo para ir ao encontro do outro.

Nos relacionamentos interpessoais, o grau de sintonia varia: com algumas pessoas ficamos imediatamente à vontade, somos entendidos e somos capazes de entendê-las. No entanto, há pessoas com as quais não conseguimos entendimento. Essas diferenças são inevitáveis.

Alguns exemplos simples e corriqueiros de como interagir com os outros:

- Fale com as pessoas; cumprimente-as com bom dia, boa tarde ou boa noite. Além da boa educação, é agradável receber uma saudação.
- Sorria, pois é muito bom olhar para uma pessoa com fisionomia leve.
- Procure saber o nome de cada pessoa, pois esta é uma forma de respeitar o outro.
- Olhe para o outro, pois é muito ruim falar com alguém que não olha para nós.
- Seja sincero, uma vez que agir e falar com sinceridade cativa as pessoas.
- Ouça o que o outro tem a dizer. O olhar do outro sobre você é importante, e o *feedback* fornecido deve ser avaliado.
- Ouça o outro até o final sem interrompê-lo, mesmo que não concorde. Da mesma forma que você quer ser ouvido, o outro também quer.
- Interesse-se pelo outro, sem necessariamente invadir sua vida, mas apenas para demonstrar que você tem interesse.
- Seja empático, coloque-se no lugar do outro e tente entender quais são os sentimentos envolvidos.
- Lembre-se de que ninguém é dono da verdade. Você tem suas convicções, os outros também têm as deles. É necessário ouvir e refletir sobre o que é dito.
- Preste atenção na fala do outro. Procure compreender exatamente o que está sendo dito.
- Não interrompa a fala do outro, mesmo que você considere que sabe o que vai ser dito. Tenha paciência e respeito: fale depois.
- Pense que sobre um fato há sempre três versões: a sua, a do outro e a verdadeira.

É por meio da relação com outros seres humanos que aperfeiçoamos nossa maneira de viver; afinal, as trocas efetuadas nos levam à reestruturação de comportamentos. Além disso, todo relacionamento implica uma definição do “eu” pelo outro e do outro pelo “eu” (LAING, 1982).

Carvalho (1980, p. 21) diz que: “Poucos são os que conseguem andar sozinhos na trilha de metas para crescer e viver plenamente. Nós sempre precisamos de outras pessoas em algum tipo de relação de ajuda”.

O ato de cuidar é um processo que compreende práticas nas quais estão envolvidas nossas atitudes, o modo como olhamos e tratamos alguém, nossa disposição pessoal para interagir com o outro e o respeito em relação a ele. Assim, diante da complexidade do ser humano, cuidar é uma atividade complexa (ARRUDA, 2003) que exige autoconhecimento e relacionamento interpessoal.

O relacionamento interpessoal positivo acontece por meio do confronto de experiências, da empatia e da reciprocidade.

No caso específico do relacionamento entre enfermeiro e cliente, devem-se levar em conta as expectativas do cliente de que, em princípio, o enfermeiro seja alguém que realmente seja honesto e tenha interesse por ele.

A maneira como cuidamos do indivíduo, o que dizemos e como dizemos, o que fazemos e como fazemos, mostrará se nos preocupamos ou não com ele, se estamos ou não suprindo suas carências e suas expectativas. Tais questões determinam se o cuidado de enfermagem é ou não terapêutico.

No Capítulo 4, que trata do relacionamento terapêutico, você terá oportunidade de estudar o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e cliente, que se torna terapêutico na medida em que o enfermeiro é um elemento de ajuda para o cliente, denominado por Lais Lofreddi como relação de ajuda, na qual o crescimento pessoal é alcançado por meio da relação.

A seguir, o Quadro 2.1 traz uma visão geral resumida de relações intrapessoais e interpessoais:

Quadro 2.1 Competências emocionais adaptadas do Modelo de Goleman (2006).

INTELIGÊNCIA INTRAPESSOAL		
É a capacidade de formar um modelo verdadeiro e preciso de si mesmo e usá-lo de forma efetiva e construtiva.	Autoconsciência, gestão de emoções ou autorregulação, automotivação.	Determinam a forma como nos gerimos.
INTELIGÊNCIA INTERPESSOAL		
É a habilidade de entender outras pessoas: o que as motiva, como trabalham, como se trabalha cooperativamente com elas.	Empatia, gestão de emoções em grupos.	Competências sociais.

Fonte: adaptado de Goleman (2006).

A necessidade de incluir o estudo dos relacionamentos no currículo do curso de graduação em enfermagem se fez sentir a partir do Informe da Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS, 1978), que diz que o tema do relacionamento interpessoal de ajuda, um instrumento fundamental em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, deve ser incorporado ao longo do currículo, desde os semestres iniciais, sendo voltado para um enfoque preventivo.

O crescimento intelectual e emocional do ser humano depende muito das habilidades reais que temos para estabelecer relações construtivas, no sentido de se obter a compreensão e a aquiescência de quem precisa de ajuda. Assim, ao responder efetivamente às necessidades das pessoas à nossa volta, busca-se e encontra-se, de fato, nossa própria direção na vida.

Uma das grandes barreiras à comunicação interpessoal é a tendência natural para julgar, avaliar, aprovar ou desaprovar os comportamentos das pessoas. No ambiente terapêutico, é necessário que os profissionais se empenhem em promover a interação, a participação e a tomada de decisões conjuntas.

No relacionamento com outras pessoas, há o mundo interior da mente de cada um. Esses encaixes são feitos à medida que as pessoas diferem entre si e, em cada momento, se encontram sem, porém, abrir mão de suas identidades.

RESUMO

Como você percebeu, este capítulo pretendeu instigá-lo a pensar, de início, o homem como ser social e sua inserção no mundo. Após esse entendimento, buscou-se refletir como ele se situa em relação à sua saúde física, mental e social em um mundo em constante interação. Discutimos também o que é humanização, por que é importante que seja um exercício diário e permanente, como exercê-la nas instituições de saúde e junto à clientela. E, particularmente, por que é imprescindível que essa humanização seja incorporada pelos enfermeiros no exercício da profissão escolhida, os reflexos e as consequências da falta de humanização, junto aos clientes e a si mesmo. Além disso, conhecemos os relacionamentos intrapessoal, o autoconhecimento, e interpessoal, com outras pessoas, e a maneira como estes impactam na vida. Faça um exercício de perceber-se em suas atitudes diárias, consigo mesmo e com as demais pessoas de seu entorno, e verifique de que maneira você estabelece relações. Vimos, também, neste capítulo a Janela de Johari, com a qual você se familiarizará no decorrer da disciplina e verá como é interessante ver a si próprio por sua visão e a dos outros sobre você. Importante utilizar esse *feedback* para se aperfeiçoar e melhorar seu eu interior a cada dia, com as experiências vividas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, M. *Humanizar o infra-humano – a formação do ser humano integral:* homo evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis: Vozes, 2003.

BASTOS, O. O adoecer e a morte. *J. Bras. Psiquiat.*, v. 32, n. 4, p. 211-218, 1983.

BELAND, I. L.; PASSOS, J. Y. *Enfermagem clínica:* aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EPU/Edusp, 1978.

BIRD, B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole, 1978.

CARVALHO, V. A relação de ajuda e a totalidade da prática de Enfermagem. *Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Brasília: ABEn,1980.

CASSAM, Q. *Self-knowledge*. Oxford (USA): Oxford University Press, 2000.

DAUBENMIRE, M. et al. A methodologic framework to study nurse patient comunication. *Nurse Rev.* New York, 1978.

ELIAS, N. *O processo civilizador:* uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRITZEN, S. J. *Janela de Johari*: exercícios vivenciais de dinâmica de grupo, relações humanas e de sensibilidade. Petrópolis: Vozes, 2000.

FROMM, E. *Análise do homem*. 12. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

GARDNER, H. *Inteligências múltiplas:* a teoria na prática. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GILBERT, I. *Conviviologia*. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1979.

GOFFMAN, D. *Estigma:* nota sobre a manipulação deteriorada da identidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional:* a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

______. *O poder da inteligência emocional.* In: GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. *O poder da inteligência emocional*. Trad. Cristina Serra. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

______. *O poder das relações humanas:* inteligência social. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HEIDEGGER, M. *Ensaios e conferências*. Petrópolis: Vozes, 2002.

KÜBLERS-ROSS. *Sobre a morte e o morrer*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAING, R. D. *O eu e os outros*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

LEONI, M. G. *Autoconhecimento do enfermeiro:* instrumento nas relações terapêuticas e na gestão/ gerência em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MALDONADO, M. T. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MEZOMO, J. C. *Hospital humanizado*. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento, 1979.

MLODINOW, L. *Subliminar:* como o inconsciente influencia nossas vidas. Trad. Claudio Carina. Rio de Janeiro: Zahar, 2013, 1954.

MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo:* a multiplicação do talento humano. Col. Ataliba Vianna Crespo. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

______. *Desenvolvimento interpessoal:* treinamento em grupo. 14. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.

OLIVEIRA, I. V. *Arché e télos – niilismo filosófico e crise da linguagem em F. Nietzche e M. Heidegger*. Tese (Doutorado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Gregoriana, Roma, 2004.

OPS/OMS. Informe del Comitê del Programa de libras de textos de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermeria em salud mental e psiquiatria. *Publicación Científica*. Washington,1978.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos.* Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. *Rev. Bras. de Enf*. Brasília, 1985.

SCHULTZ D.; SCHULTZ E. S. *Teorias da personalidade*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012.

______. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012.

TOWNSEND, M. C. *Enfermagem psiquiátrica:* conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. Rev. Téc. Isabel Cristina Fonseca Cruz. Trad. Douglas Arthur Omena Futuro et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, 1941.

VIETTA, E. P.; BUENO, S. M. V. Sintomas existenciais *versus* sintomas patológicos, um problema de rotulagem psiquiátrico: inquérito sobre a vivência de profissionais da área da saúde mental. Congresso Brasileiro de Enfermagem. *Anais*... Rio de Janeiro, 1986.

3

Relacionamento interprofissional

1 Introdução

Este capítulo vai discutir a importância do relacionamento interprofissional para o trabalho do enfermeiro. Entende-se como relacionamento interprofissional aquele que se dá entre duas ou mais profissões. Então, vamos abordar o relacionamento do enfermeiro com os membros da equipe de enfermagem e com os demais profissionais da área da saúde.

Para estabelecer relacionamento interprofissional, o enfermeiro precisa trabalhar em equipe, e isso é um desafio, porque o profissional precisa desenvolver habilidades relacionais tanto para o trabalho específico com a equipe de enfermagem quanto para o trabalho com a equipe de saúde.

Dessa forma, é objetivo deste capítulo pensar no trabalho do enfermeiro junto à equipe de enfermagem pela perspectiva da liderança. Além disso, discutiremos o trabalho em equipe a partir das lógicas multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar das relações de trabalho.

OBJETIVOS

- Identificar a importância do trabalho em equipe.
- Reconhecer o papel de liderança do enfermeiro nas relações com a equipe de enfermagem.
- Descrever as características essenciais de um líder.
- Entender os conceitos das perspectivas multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar das relações de trabalho.

2 O enfermeiro e as relações de trabalho

Neste capítulo abordaremos as relações de trabalho que o enfermeiro estabelece em seu ambiente profissional. Você poderá entender a importância da atuação e a responsabilidade do enfermeiro frente à equipe de enfermagem e também seu papel junto à equipe de saúde.

O trabalho em equipe é um processo coletivo em que ocorre uma relação de reciprocidade, isto é, de troca entre diferentes intervenções e interações dos profissionais que compõem o quadro.

Quando se pensa no trabalho em equipe, supõe-se uma forma de atividade estruturada, organizada e com aproveitamento de habilidades, potencialidades e talentos de seus membros. É possível ter uma visão global e coletiva do trabalho executado, uma vez que as tarefas são compartilhadas e as pessoas precisam cooperar umas com as outras para que alcancem os objetivos propostos.

As atividades profissionais do enfermeiro são voltadas para o trabalho em equipe, seja pela interação com os vários profissionais da saúde, seja pela interação com a equipe de enfermagem especificamente.

Uma vez que realiza suas atribuições estando inserido em alguma equipe de trabalho, o enfermeiro precisa estabelecer relações interpessoais. No contexto do trabalho com a equipe de enfermagem, ele exerce a função específica da liderança.

Entendemos por relações interpessoais aquelas que são desenvolvidas entre duas ou mais pessoas. Assim, não há como o enfermeiro realizar suas atividades profissionais sem, necessariamente, se relacionar com pessoas.

Aqui, não discutiremos a relação do enfermeiro com os clientes, pois esse assunto será tratado no Capítulo 4. Abordaremos especificamente o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem, e entre o enfermeiro e a equipe de saúde de modo geral.

3 Liderança: o enfermeiro e a equipe de enfermagem

No que diz respeito ao relacionamento do enfermeiro com a equipe de enfermagem, nossa abordagem se concentra na liderança, entendendo que, independentemente de ter um cargo de chefia, o profissional enfermeiro é líder na execução de suas atividades junto à equipe de técnicos de enfermagem e precisa exercer essa função de modo eficaz.

A equipe de enfermagem é reconhecidamente a maior entre as equipes de profissionais da área de saúde, principalmente dentro de instituição hospitalar, e, por isso, o enfermeiro se destaca por suas atuações gerencial e de liderança.

Liderança pode ser entendida como a capacidade de influenciar pessoas para que, por meio de empenho coletivo (isto é, todos os membros da equipe trabalhando juntos), consigam alcançar o mesmo objetivo, que, no caso da equipe de enfermagem, é cuidar de forma eficiente dos clientes sob sua responsabilidade.

Além disso, liderança é considerada um processo de influência intencional do líder sobre seus liderados, em outras palavras, o enfermeiro influencia a equipe de forma premeditada e de maneira positiva. Simões et al. (1999 apud RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006) entendem a influência da liderança como um fenômeno grupal de uma pessoa sobre outras pessoas ou, ainda, como um processo coletivo e compartilhado entre os membros de um grupo.

Para Dias (2003, p. 113), liderança "é o fator humano que ajuda um grupo a identificar para onde ele está indo e assim motivar-se aos objetivos".

No exercício da liderança, o enfermeiro precisa utilizar a comunicação para transferir e receber conhecimentos, organizar o serviço e traçar os objetivos junto à equipe. Precisa, ainda, manter bom relacionamento interpessoal, proporcionando um ambiente favorável para que os liderados executem suas atividades de forma eficaz no cotidiano do trabalho.

O conceito de liderança pode variar dependendo do autor estudado. Alguns entendem liderança como algo nato, isto é, a pessoa nasce com esse potencial que apenas necessita ser desenvolvido. Para outros, a liderança pode ser conquistada e aprimorada, ou seja, mesmo não sendo um líder nato, o enfermeiro pode construir a liderança ao longo de sua formação profissional, uma vez que a enfermagem requer um profissional competente, capaz de lidar com pessoas com características diferentes, resolver problemas e propor mudanças.

Entretanto, independentemente de ter habilidades pessoais para ser líder, o enfermeiro deve sempre buscar o conhecimento, isto é, deve estudar sempre, e compartilhar o conhecimento com os liderados, ter comunicação eficiente, se envolver com o trabalho da equipe, ter credibilidade, apresentar alto grau de resolutividade de atividades complexas e bom relacionamento interpessoal (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

Para a difícil tarefa de coordenar a equipe de enfermagem, o enfermeiro precisa, então, desenvolver habilidades que o ajudem a conduzir a equipe de maneira segura e equilibrada. Algumas dessas habilidades envolvem:

- **Compromisso com o trabalho**: é essencial que o enfermeiro esteja comprometido com seu trabalho e com as atividades profissionais que são de sua exclusividade. Ele não deve delegar tarefas que sejam inerentes e específicas a suas funções.
- **Responsabilidade**: o enfermeiro deve saber o que tem de ser feito e fazê-lo; responder pelas consequências de seu comportamento e do comportamento da equipe que lidera.

- **Empatia**: deve ter a capacidade de entender o sentimento e a reação das pessoas, imaginando-se nas mesmas circunstâncias. Deve entender a situação vivida pelo outro a partir do olhar do outro, ou seja, deve se colocar no lugar do outro.
- **Habilidade para tomar decisões**: esta é uma das competências mais importantes de um líder. O enfermeiro deve pautar suas decisões em aspectos técnico-científicos, éticos, legais e de bom senso.
- **Comunicação eficaz**: essa habilidade é capaz de transformar e mudar a atitude das pessoas. O enfermeiro deve ser claro em todos os modos de comunicação, evitar informações dúbias ou contraditórias. Todos devem entender o que ele quer dizer.
- **Gerenciamento efetivo**: o enfermeiro precisa gerenciar a equipe de uma maneira que produza comportamento positivo de seus liderados. Está ligado à capacidade e à habilidade para tomar decisões. Todos reconhecem a liderança de um enfermeiro que gerencia a equipe de forma segura e objetiva.
- **Habilidade de ouvir**: a comunicação é a base do relacionamento terapêutico, e a habilidade de ouvir é o primeiro passo para que os relacionamentos aconteçam, especialmente entre o enfermeiro e seus liderados. Ele deve ter o hábito de conversar com sua equipe e saber quem são os profissionais de enfermagem que trabalham com ele.
- **Capacidade de relacionar-se bem com seus liderados**: um bom líder deve saber se relacionar com seus liderados. Esse relacionamento, mesmo estritamente profissional, não deve ser baseado apenas na comunicação de ordens e tarefas. Participar do dia a dia e das rotinas do serviço com a equipe, enfrentar as dificuldades e reconhecer competências aproxima o líder dos liderados e proporciona relacionamentos saudáveis.
- **Capacidade de estabelecer um relacionamento interpessoal saudável**: relacionamentos interpessoais saudáveis são aqueles que produzem emoções positivas e bem-estar a todos os envolvidos. Manter relacionamentos saudáveis está ligado ao tratamento igualitário, sincero e honesto do enfermeiro em relação a qualquer pessoa da sua equipe.

Um líder eficaz caracteriza-se por ser comunicador, ter iniciativa e organização, ser estimulador e agente de mudanças, além de apresentar outras características, como convencimento, credibilidade, integridade, determinação, dedicação, reconhecimento, capacidade intelectual, bom senso, autoconhecimento e senso de humor.

Além disso, um líder eficiente conhece as características dos membros de sua equipe, é capaz de enxergar o todo de cada um deles, identifica e desenvolve talentos, respeita individualidades, reconhece competências, identifica capacidades, estimula potencialidades, cria vínculos seguros, fortalece a equipe, antevê problemas e promove mudanças.

O líder precisa, ainda, compreender o trabalho que é desenvolvido pela equipe, conhecer as dificuldades e as facilidades da execução de cada orientação dada. Isto é, uma boa liderança de enfermagem é desenvolvida por um enfermeiro que atua pela equipe, e cujas ordens ou orientações são possíveis de serem executadas.

Durante esse processo de trabalho, o enfermeiro deve oferecer oportunidades de participação a todos os membros; deve buscar e compartilhar soluções para os problemas surgidos com toda equipe, procurando ouvir as opiniões dos membros e desenvolvendo a comunicação verbal e não verbal.

A ideia é que um enfermeiro com essas habilidades consiga que sua equipe atue de forma terapêutica e com bons resultados; dessa forma, a equipe torna-se autossuficiente e comprometida com o trabalho.

REFLEXÃO

Veja um vídeo que expõe as dez características de um líder. Não deixe de assistir! <www.youtube.com/watch?v=L_HQO4iSjVA>.

Entendemos, então, que o enfermeiro desenvolve uma multiplicidade de atividades ao atuar na liderança de uma equipe:

- **Cuidado de enfermagem prestado aos usuários**: utiliza sua capacidade intelectual para executar tarefas pela sua habilidade técnica. A habilidade técnica do enfermeiro requer raciocínio crítico para avaliar as condições clínicas e as necessidades dos clientes, com o intuito de, então, elaborar o diagnóstico de enfermagem e as intervenções assistenciais mais eficientes. Precisa, ainda, ter conhecimentos sobre equipamentos e recursos disponíveis para as ações do cuidado a ser prestado.
- **Atividades administrativas**: coordenar as ações da equipe de enfermagem, a organização e a implementação da assistência são situações em que o enfermeiro utiliza suas habilidades administrativas, para as quais precisa ter domínio da estrutura da unidade assistencial e dos recursos disponíveis e necessários para o desenvolvimento eficaz do cuidado a ser prestado.

- **Ações educativas**: tanto para dirigir sua equipe, o que alguns autores chamam de *educação em serviço*, como para orientar a clientela assistida, os enfermeiros promovem palestras e debates sobre assuntos de interesse coletivo, tais como diabetes, hipertensão, gravidez, cuidados com crianças, saúde mental, vacinação, entre outras necessidades de sua clientela.
- **Ações de pesquisa utilizando seu conhecimento científico**: as pesquisas científicas na área da enfermagem são importantes para dar embasamento teórico às ações de enfermagem na condição de ciência.

A liderança é, então, um instrumento essencial no processo de trabalho da enfermagem porque ajuda o enfermeiro a gerenciar a equipe, influenciar positivamente seu grupo de trabalho, tomar decisões, enfrentar conflitos que podem surgir no ambiente de trabalho e agregar esforços para atingir as metas estipuladas pela equipe.

A gerência, ou liderança, em enfermagem pode ser entendida como um *instrumento político*, uma vez que segue as rotinas administrativas da instituição de saúde e as políticas públicas do Ministério da Saúde, e *técnico*, porque cumpre os procedimentos técnicos, legais e éticos da enfermagem, para organizar o trabalho da enfermagem e deixá-lo mais qualificado e produtivo dentro de uma assistência universal, igualitária e integral (GRECO, 2010).

O trabalho em equipe e, especificamente, o da equipe de enfermagem tem como característica a conexão de diferentes pessoas com diferentes formas de trabalhar, mas que precisam ter algum conhecimento sobre o serviço do outro e aprender a valorizar a participação do colega na produção do cuidado ao cliente. Greco (2010, p. 3), ao abordar a atual função gerencial, destaca que o enfermeiro precisa:

> [...] desenvolver a gerência de unidade que consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e a gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe.

Barros (1993 apud GRECO, 2010) aborda as novas tendências e possibilidades de gerência em enfermagem, com base nos seguintes posicionamentos:

- Substituição da postura **normativa** para uma postura de experimentação e busca pelo novo.

- Investimento em recursos humanos para promover o aumento da produtividade com qualidade e satisfação dos trabalhadores.
- No que diz respeito às orientações para a equipe, utilizar mais o relacionamento interpessoal que enfatizar a burocratização do serviço.
- Repensar a assistência de enfermagem com ações que atendam de fato à população, inovando as ações administrativas e pedagógicas do enfermeiro.
- Organizar o trabalho de modo que o enfermeiro permaneça no centro de uma rede de decisões, com a participação de todos – tanto trabalhadores quanto clientes.
- Romper estruturas rígidas com centralização do poder. Colocar a decisão mais perto possível das ações dos profissionais da equipe, que também serão participativos e responsáveis pelas decisões. Dessa forma, valoriza-se a autonomia deles.
- Administrar políticas pelo enfoque estratégico com visão global, compromisso, ética e transparência.

CONCEITO

Normativo

Adjetivo. 1. Que tem a qualidade ou a força de norma. 2. Que formula normas, regras, preceitos (de moral, direito etc.): lógica, gramática normativa (NORMATIVO, 2015).

É necessário, ainda, para o trabalho em equipe, que haja consenso quanto aos objetivos e à forma como podem atingi-los e quanto aos resultados que se espera que sejam alcançados pelos profissionais.

O enfermeiro tem, então, a responsabilidade de estabelecer relações de trabalho saudáveis com a equipe de enfermagem, buscando sempre a integração positiva entre os membros.

REFLEXÃO

Este vídeo demonstra, de forma bem-humorada, a importância do trabalho em equipe para o alcance de objetivos: <www.youtube.com/watch?v=Pkc_xBD4Cyo>.

No vídeo a seguir você verá a explicação sobre os diversos estilos de liderança: <www.youtube.com/watch?v=7GNmqYt4bKM>.

LEITURA

O livro *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática* (2015), de Carol J. Huston e Bessie L. Marquis, ajuda-nos a entender as habilidades administrativas e de liderança na enfermagem, além de permitir o desenvolvimento da capacidade de raciocínio crítico para a assistência nos diversos cenários de atendimentos de saúde: do atendimento direto ao cliente até a motivação de equipes de enfermagem e o controle de conflitos.

4 Perspectivas multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar

O conceito de *disciplina* surgiu no século XIX, com a formação das universidades modernas, sendo mais amplamente desenvolvido durante o século XX, com o crescimento da pesquisa científica. Conforme a ciência se desenvolvia, crescia a necessidade de dividir e de especializar as áreas do conhecimento científico, isso permitiu que cada área do saber tivesse teorias e técnicas próprias.

Assim, as especialidades foram se fortalecendo, e a visão do cuidado com o ser humano foi ficando dividida por área de conhecimento e por especialidade. Como, então, trabalhar em equipe com tantas especialidades? É o que vamos ver nesta parte do capítulo: de que maneira a organização do cuidado em saúde é possível a partir de diversas disciplinas.

Podemos entender que o enfermeiro e a equipe de enfermagem trabalham juntos em uma perspectiva disciplinar, isto é, mesmo que os saberes de enfermeiros e técnicos de enfermagem sejam diferentes, o desempenho tem base em uma única disciplina: a enfermagem.

Há muito tempo percebe-se que a assistência na área da saúde envolve visões diferenciadas para um cuidado efetivo, e atualmente entende-se que existe uma necessidade de interação entre as diversas disciplinas dessa área.

É importante lembrar que saúde é um assunto para muitos profissionais e que a atuação em equipe é a possibilidade de haver colaboração entre várias especialidades com seus conhecimentos específicos. Somente com a integração

da equipe de saúde o ser humano pode ser atendido na sua amplitude, com uma visão mais abrangente de suas necessidades.

Segundo a Resolução n. 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), são considerados profissionais de nível superior da área da saúde enfermeiros, médicos, assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Pensando na interação de saberes desses diversos profissionais, vamos analisar como ocorrerem as diferentes perspectivas nas formas de trabalho e de assistência em saúde. Para que você entenda melhor, quando nos referirmos à disciplina, estamos falando do saber de determinada especialidade e da atuação de um profissional da área da saúde.

O trabalho em saúde deve envolver práticas que se identifiquem e que, pela necessidade da evolução do conhecimento e pela complexidade dos problemas de saúde na realidade atual, têm sido classificadas como *multidisciplinaridade*, *pluridisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade*.

4.1 Multidisciplinaridade

A primeira perspectiva que discutiremos é a da multidisciplinaridade, isto é, mais de uma disciplina atuando ao mesmo tempo, mas aparentemente sem que uma tenha relação com a outra.

Cada disciplina, ou área do conhecimento, permanece com sua metodologia própria, e o resultado do problema discutido não é integrado entre elas. A equipe multiprofissional se preocupa em atender as necessidades globais dos clientes de maneira independente, com cada profissional executando seu plano de tratamento.

A multidisciplinaridade é, então, um conjunto de disciplinas que trata de forma simultânea determinada questão do cliente, mas sem que os profissionais estabeleçam trocas entre si. A solução do problema discutido precisa das informações de cada um dos profissionais envolvidos no cuidado, mas suas disciplinas não são alteradas ou enriquecidas com a discussão do caso.

Segundo Almeida Filho (2005), na multidisciplinaridade cada especialista atua com base em seus conhecimentos, mas sem que eles cheguem juntos a uma síntese. Não há um trabalho coordenado nem uma identidade do grupo. Na maioria das vezes, o médico é responsável pela decisão do tratamento, e os

outros profissionais se adequam às necessidades do cliente a partir das decisões do médico (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

As disciplinas são justapostas em um único nível, não há, como já vimos, cooperação sistemática entre os saberes das diversas disciplinas. A discussão e as decisões entre as disciplinas são de ordem administrativa e, na maioria das vezes, externas ao campo técnico-científico.

A esquematização do trabalho multidisciplinar pode ser entendida na Figura 3.1:

Figura 3.1 Multidisciplinaridade.

Fonte: Amaral (2011).

EXEMPLO

A seguinte situação pode ser exemplo de trabalho multidisciplinar na saúde: nas práticas ambulatoriais ou mesmo no atendimento a clientes hospitalizados, os profissionais atuam de maneira relativamente isolada, na maioria das vezes sem intercâmbio ou cooperação entre eles e mantêm as informações apenas por meio de anotações em prontuários ou livros próprios da rotina da instituição, fazendo que as informações sejam trocadas de forma mínima entre eles.

4.2 Pluridisciplinaridade

A segunda perspectiva que discutiremos é a pluridisciplinaridade, que é definida como estudo concomitante de um objeto de uma determinada disciplina por várias outras. É importante notar que a pluridisciplinaridade é uma abordagem que valoriza a única disciplina que está em estudo, abordando o conteúdo de forma segmentada.

As disciplinas se justapõem em torno de um tema único. As diversas disciplinas estão "situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas" (MENEZES; SANTOS, 2002), com uma relação e cooperação – o que não ocorre na perspectiva multidisciplinar –, mas não existe uma ordenação.

Existe uma complementaridade entre os conhecimentos das disciplinas, mas não há preocupação de criar um **axioma** comum entre elas. Há cooperação entre os profissionais das diferentes especialidades, mas eles permanecem com objetivos diferentes, ou seja, com seus objetivos específicos.

CONCEITO

Axioma

Inquestionável e incontestável. Em que há axioma, um princípio evidente por si mesmo.

Podemos demonstrar a esquematização da pluridisciplinaridade na Figura 3.2:
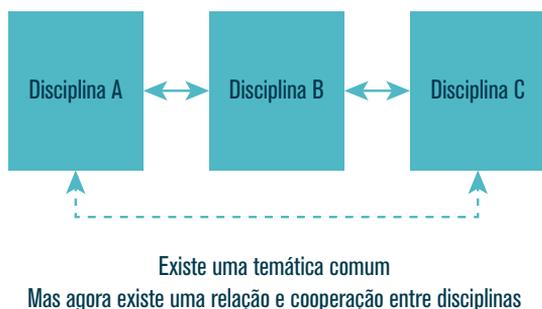
Figura 3.2 Pluridisciplinaridade.

Fonte: Amaral (2011).

EXEMPLOS

Na área da saúde são exemplos de trabalho em equipe pluridisciplinar:

- Reuniões clínicas nas quais casos de clientes são discutidos por algum supervisor ou chefe de serviço, e os profissionais que acompanham os clientes trocam informações sobre eles.
- Reuniões de equipes técnicas de planejamento e avaliação de ações científicas ou assistenciais.

- Mesas-redondas ou painéis sobre o mesmo tema, com debates de especialistas de diversas disciplinas.

4.3 Interdisciplinaridade

A terceira perspectiva é a interdisciplinar. O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XIX, mas apenas no século seguinte a atuação interdisciplinar passou a ser empregada na ciência. A interdisciplinaridade é caracterizada por ações recíprocas, isto é, por ações de troca entre os saberes das diversas disciplinas que envolvem o cuidado ao cliente. Nessa perspectiva, existe diálogo entre os profissionais, o que permite que as diferenças entre os olhares sobre o cuidar sejam respeitadas e compreendidas como campos específicos do conhecimento científico de cada uma delas.

O trabalho interdisciplinar é mais integrador, por unir os membros da equipe. Dessa forma, cada um consegue compreender melhor seu próprio trabalho e o dos outros profissionais, pois todos têm a mesma finalidade: o cuidado ao cliente; assim, conseguem aglutinar suas forças de trabalho para a ação terapêutica de produzir saúde.

Quando realizam o trabalho de forma interdisciplinar, os profissionais de saúde podem entender as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e ética do ser humano que estão cuidando. Os saberes de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas e outros se integram para a compreensão ampliada do ser humano que está sendo cuidado (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010).

Uma vez que saúde é um assunto para muitos profissionais, a integração da equipe é fundamental para que o atendimento possa alcançar a integralidade do ser humano que está sendo cuidado.

Na interdisciplinaridade, diferentemente do que vimos na pluridisciplinaridade, existe a preocupação de se estabelecer uma base axiomática comum entre as disciplinas a partir do nível hierárquico ocupado por uma delas. O papel hierárquico pode ser de qualquer uma das disciplinas, sendo estabelecido a partir da proximidade que a especialização tem com o tema discutido entre os profissionais.

O trabalho interdisciplinar vem sendo considerado uma nova forma de organização do trabalho em saúde porque envolve os diversos saberes que estudam as interações somáticas e psicossociais das pessoas e podem encontrar

formas adequadas de uma prática integradora, a fim de atender as demandas dos clientes.

Na atuação interdisciplinar, a equipe precisa estabelecer novas formas de relacionamento com a hierarquia institucional, a gestão, a divisão e a organização do trabalho e, ainda, com os membros da equipe entre si e com os usuários do serviço de saúde em que atuam.

A demonstração esquemática do trabalho interdisciplinar é a seguinte (Figura 3.3):
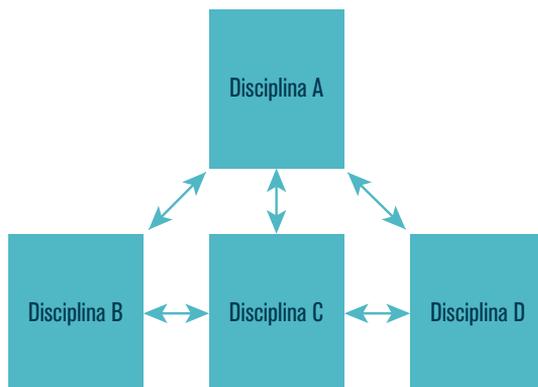
Figura 3.3 Interdisciplinaridade.

Fonte: Amaral (2011).

EXEMPLO

Um bom exemplo de trabalho interdisciplinar ocorre na assistência à saúde mental, em que a discussão dos casos clínicos dos clientes ocorre de forma sistemática, como rotina de trabalho. Além disso, há reciprocidade e crescimento mútuo com tendência à horizontalidade das relações de poder entre as disciplinas.

O que vimos neste capítulo até aqui foi o seguinte: as muitas especialidades na área da saúde levaram à necessidade do surgimento de abordagens multidisciplinares, pluridisciplinares e interdisciplinares, que, no entanto, não se mostraram totalmente suficientes para um cuidado **holístico**. Veja por quê:

- **Disciplinaridade**: explora apenas um objeto, isto é, tem o foco em uma única disciplina.
- **Multidisciplinaridade**: explora o objeto por enfoques de várias disciplinas, mas elas não mantêm relação entre si.
- **Pluridisciplinaridade**: também estuda o objeto por meio de enfoques diversas disciplinas, mas elas mantêm relação entre si, buscam soluções e pensam em novas aplicabilidades para o conhecimento adquirido.
- **Interdisciplinaridade**: pressupõe a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática de outro, e ambos serem transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

CONCEITO

Holístico

Significa totalidade, ou seja, contemplar o todo considerando as partes e suas interrelações.

4.4 Transdiciplinaridade

Nenhuma das abordagens vistas anteriormente muda a relação entre o ser humano e o saber, porque o homem continua a ser visto em um único nível de realidade. A abordagem que estuda vários níveis de realidade é a transdisciplinaridade.

Essa abordagem é, então, a quarta e última perspectiva que vamos estudar neste capítulo. A ideia na transdisciplinaridade é buscar o sentido da vida por meio da relação entre os vários saberes (ou entre as várias disciplinas), em que nenhum saber (ou disciplina) é mais importante que o outro. Trata-se de um conceito mais amplo em relação aos que estudamos até agora.

O primeiro pensador a definir a transdisciplinaridade como um grau mais elevado de interdisciplinaridade foi o educador Jean Piaget (1896-1980). Ele considerava que em algum momento da história da humanidade haveria a necessidade de uma conexão mais intensa entre as disciplinas para que se chegasse a um nível mais elevado de interação.

“O prefixo trans quer dizer aquilo que está ao mesmo tempo entre, através e além das disciplinas” (KRAUSZ, 2008), ou seja, não é a simples reunião de disciplinas nem a possibilidade de que duas ou mais disciplinas dialoguem entre si.

É mais que isso, significa buscar a integração do conhecimento científico das disciplinas com o conhecimento construído historicamente pela humanidade.

A transdiciplinaridade pretende compreender o mundo atual e, para isso, precisa da unidade do conhecimento mediante a reunião do saber das diversas disciplinas (ciências exatas, ciências humanas, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior da pessoa e pensamento simbólico), reconhecendo o inesgotável em cada uma delas, mas tentando encontrar pontos de interseção e pontos em comum. Não existe fronteiras entre os saberes (FERIOTTI, 2009).

Na transdisciplinaridade, as equipes trabalham *entre* as disciplinas, *através* das disciplinas e *vão além* das disciplinas para buscar compreender o mundo presente. O desenvolvimento do conhecimento, da cultura e da complexidade humana são considerados quando se trabalha com o olhar transdisciplinar. Então, existe a preocupação de reconhecer a importância da genética, do biológico, do psicológico, do social e da parte espiritual do ser humano que está sendo cuidado.

Na transdisciplinaridade existe o reconhecimento de vários níveis de realidade, e não há divisão do ser humano ou do saber em partes distintas, pelo contrário, valoriza-se a subjetividade humana na produção do conhecimento.

É uma tentativa de responder a uma nova visão de homem e de natureza integrados com o **paradigma** contemporâneo, visando a uma relação diferente entre sujeito e objeto. Além disso, considera os princípios de inteireza e inclusividade, resgatando valores como gentileza, cooperação, beleza, alegria e justiça, como possibilidades reais para todos.

CONCEITO

Paradigma

Um exemplo que serve como modelo. Padrão ou conjunto de formas vocabulares que serve de modelo para um sistema de flexão ou de derivação.

Nicolescu (1999) descreveu três pilares da transdisciplinaridade:

1 — **Vários níveis de realidade:** cada problema precisa ser analisado pensando-se em mais de uma possibilidade de realidade, e não em uma única realidade o tempo todo.

2	**Lógica do terceiro incluído:** não procurar a solução de um problema somente em termos de "verdadeiro" ou "falso", deve-se pensar em outras lógicas além de certo ou errado.
3	**Pensamento complexo:** reconhecer que existe complexidade no problema que está sendo resolvido, pensando soluções fundamentais e não apenas de forma simples.

A transdisciplinaridade é a postura mais adequada para trabalhar os conhecimentos de diversas disciplinas porque abre caminhos para promover discussões, aproximação e interação entre os diferentes saberes na busca de um sentido mais humano para o conhecimento (SILVA; CAMILLO, 2007) e oferece uma assistência global em que não há lacuna entre o biológico e o psicossocial, permitindo que o homem seja visto em sua totalidade.

Para o pensador francês Edgar Morin (1921-), a transdisciplinaridade é uma ciência que propõe uma nova forma de explicação da vida, porém não a única nem a mais legítima, pois a ciência é uma criação humana e por isso não pode, nem deve, estar alheia àquilo que a configura: sua natureza complexa.

A representação esquemática da transdiciplinaridade pode ser vista na Figura 3.4:
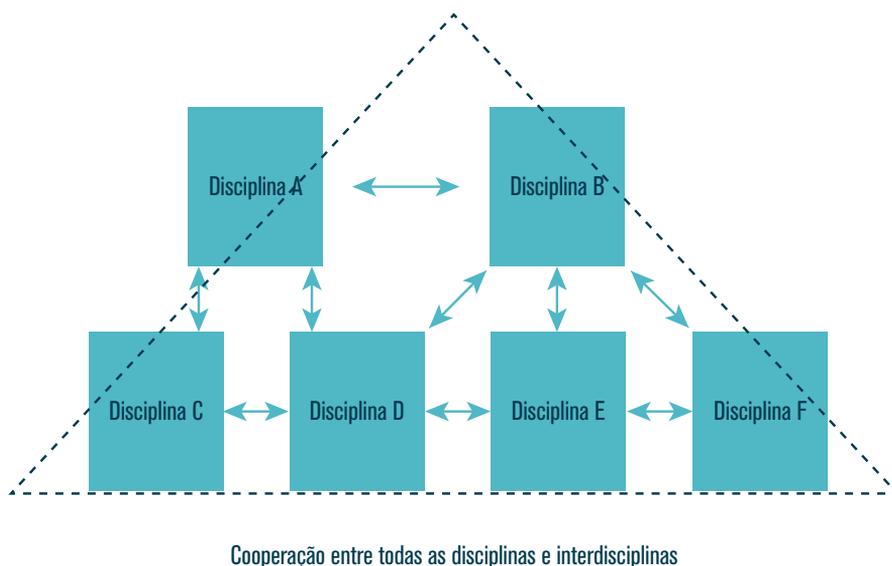
Figura 3.4 Transdisciplinaridade.

Fonte: Amaral (2011).

EXEMPLO

O atendimento em saúde mental é um exemplo de transdisciplinaridade porque tem integrado o ser humano em seus aspectos culturais, sociais, religiosos, ambientais, profissionais, de lazer etc., além do atendimento específico da área. Essa integração permite o contato com saberes e disciplinas que estão além das disciplinas e dos saberes da saúde propriamente ditos.

REFLEXÃO

O cuidado específico da enfermagem é importante enquanto disciplina prioritária na saúde. O enfermeiro é um profissional relevante dentro da equipe de saúde e tem o compromisso de ir além do que lhe é ensinado pela via da disciplinaridade na sua atuação profissional. Precisa ampliar seus conhecimentos em uma dimensão humana, globalizada e multifacetada das diversas práticas do cuidado ao ser humano, o que significa estabelecer laços transdisciplinares.

Assim, mesmo ligado à sua própria disciplina (a enfermagem), com seus aspectos conceituais, científicos e técnicos, o enfermeiro precisa ampliar sua visão profissional para o lado filosófico, psicológico, emocional, cultural e religioso das pessoas que recebem seus cuidados, além de suas práticas populares, subjetividades, características sociais e territoriais.

A produção de conhecimento do enfermeiro deve estar além do cuidado prestado por meio dos avanços tecnológicos, farmacêuticos ou medicamentosos, mesmo entendendo a importância de tais conhecimentos para a lógica do mercado de trabalho.

Precisamos refletir sobre a função social do enfermeiro. Sua atuação está, de alguma forma, restrita apenas ao que está descrito nos programas de saúde do Ministério da Saúde? Não precisam os enfermeiros ser agentes transformadores da realidade? Precisam ser profissionais que interagem, escutam, trabalham, almejam, fornecem, planejam, idealizam, implementam, criam novos níveis de realidade, entre outras ações. Devem entender seu papel como enfermeiro e como agente social, olhando o outro como um todo, e não apenas uma parte dele.

MULTIMÍDIA

O vídeo a seguir é uma fala da professora Regina Migliore sobre transdisciplinaridade.
<www.youtube.com/watch?v=lUHaYLv2ySo>.

LEITURA

O livro *Compreendendo o trabalho em equipe na saúde* (2015), da Editora Artmed, vai ajudar você a entender como o trabalho em equipe pode ser agradável e eficiente. Os autores Gordon Mosser e James W. Begun mostram como se pode trabalhar em equipe de forma competente. Além disso, falam dos vários tipos de equipe na saúde, como funcionam e as competências inerentes aos membros das equipes e aos líderes. Não deixe de ler!

RESUMO

Estudamos neste capítulo a importância do relacionamento interprofissional para o trabalho do enfermeiro. Vimos que o enfermeiro precisa desenvolver habilidades relacionais para atuar tanto na equipe de enfermagem como entre os demais profissionais da equipe de saúde.

No que diz respeito à equipe de enfermagem, abordarmos as características e habilidades que o enfermeiro deve desenvolver para sua função de liderança.

Entendemos liderança como capacidade de influenciar as pessoas a desenvolver suas tarefas dentro da equipe de forma saudável e eficiente. Para tanto, uma das principais características que o enfermeiro deve ter é conhecer os membros de sua equipe e atuar junto a eles.

Na equipe de saúde pudemos discutir as seguintes perspectivas: multidisciplinar, que trabalha no enfoque de várias disciplinas ou especialidades, mas sem relação entre si; pluridisciplinar, que trabalha com diversas disciplinas ou especialidades, buscando relação entre si e aplicando o conhecimento adquirido; interdisciplinaridade, que trabalha na perspectiva de uma especialidade e se transforma pela prática de outra especialidade, e a transdiciplinaridade, que trabalha sob a ótica do conhecimento das várias especialidades porque promove aproximação entre os diferentes conhecimentos para a busca de um atendimento global ao indivíduo.

Esperamos que vocês tenham aproveitado as discussões propostas neste capítulo para enriquecer o conhecimento e aprimorar o exercício da enfermagem.

EXERCÍCIO RESOLVIDO

Em atuação como líder de sua equipe, o enfermeiro Gilberto precisa distribuir as atividades entre os técnicos de enfermagem para o atendimento aos pacientes da enfermaria de clínica médica. Que características de um líder são importantes para que Gilberto faça isso de forma produtiva e eficiente?

Resposta:

Gilberto deve conhecer os membros de sua equipe para identificar quem é mais eficiente em cada atividade. Deve ter capacidade de tomar decisões e estar próximo da equipe durante o atendimento prestado aos pacientes. Deve conhecer a rotina do serviço e identificar as necessidades dos componentes de sua equipe na execução das atividades de atendimento de enfermagem. Deve estar próximo dos membros de sua equipe e saber ouvir as dificuldades que podem aparecer.

ESTUDO DE CASO

Trabalho transdisciplinar em uma Unidade de Saúde Mental

Em um serviço de Saúde Mental, a equipe de saúde formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e oficineiro discute o atendimento de um usuário do serviço. Tendo em vista seu quadro psiquiátrico estabilizado e sua capacidade laborativa, a equipe discute como encaminhar o usuário para o mercado de trabalho. Vê-se, então, a necessidade de procurar parcerias em outras esferas de saberes para viabilizar a entrada do usuário no trabalho formal.

A primeira alternativa que encontraram foi buscar emprego na padaria do bairro que precisava de padeiro. Para a função, houve a necessidade de matricular o usuário em um curso para padeiro oferecido pelo Senai da mesma localidade. Uma vez terminado o curso, a admissão na padaria pôde ser efetuada, mas o usuário se interessou em aprimorar suas habilidades como confeiteiro, e uma senhora da comunidade foi acionada para ensinar ao jovem o ofício de confeiteiro.

Este caso demonstra que a equipe de saúde não pode resolver todas as situações da vida de uma pessoa. Parcerias precisam ser realizadas com outros saberes que não só os da saúde. Neste caso, os conhecimentos de profissionais do ramo da culinária foram fundamentais para que o usuário do serviço de saúde mental tivesse a oportunidade de inserção no mercado formal de trabalho e seguisse sua vida de forma produtiva. Trata-se de um exemplo de trabalho transdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

______. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1/2, 1997.

AMARAL, E. F. Multi, pluri, trans, inter, mas, o que é tudo isso? *Os muros da escola*. 2011. Disponível em: <osmurosdaescola.wordpress.com/page/2/>. Acesso em: 9 nov. 2015.
BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: nov. 2015.
CAMELO, S. H. R.; SILVA, V. L. S. A competência da liderança em Enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 21, n. 4, p. 533-539, out./dez. 2013.
CORRÊA, A. K.; SILVA, K. M. C. O trabalho em grupo: vivências de alunos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 4, p. 460-465, jul./ago. 2002.
COSTA, R. G.; SAUTHIER, M. A transdisciplinaridade na formação do acadêmico de enfermagem. *WebArtigos*, 28 out. 2009. Disponível em: <www.webartigos.com/artigos/a-transdisciplinaridade-na-formacao-do-academico-de-enfermagem/27091>. Acesso em: 4 nov. 2015.
DIAS, M. A. A. Liderança e mudanças na educação. *Cadernos – Centro Universitário São Camilo*, v. 9, n. 3, p. 112-116, jul./set. 2003.
FARIAS, M. F.; SONAGLIO, K. E. Perspectivas multi, pluri, inter e transdisciplinar no Turismo. *Revista Iberoamericana de Turismo*, v. 3, n. 1, p. 71-85, 2013.
FERIOTTI, M. de L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo* [online], v. 6, n. 2, p. 179-190, 2009.
FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Rev. SBPH*, v. 7, n. 1, jun. 2004.
GRECO, R. M. *A gerência em enfermagem*: unidade de trabalho e do cuidado. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/A-Ger%C3%AAncia-em-Enfermagem-unidade-de-trabalho-e-do-cuidado.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.
IGNATTI, C.; PINTO, D. M. A.; SILVA, W. S. *Debatendo a transdisciplinaridade na formação profissional na enfermagem*. Disponível em: <www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/educacao_foco/artigos/ano2014/transdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.
KRAUSZ, M. Onde as disciplinas se encontram. *Revista Educação*, n. 132, abr. 2008. Disponível em: <revistaeducacao.uol.com.br/textos/132/sumario.asp>. Acesso em: 4 nov. 2015.
MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes disciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, set./out. 2010, p. 775-781.
MENEZES, E. T. de; SANTOS, T. H. dos. Pluridisciplinaridade (verbete). *Dicionário Interativo da Educação Brasileira – EducaBrasil*. São Paulo: Midiamix, 2002. Disponível em: <www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=94>. Acesso em: 4 nov. 2015.
NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Ensino da liderança em enfermagem: um estudo bibliométrico. *Acta Paulista de Enfermagem*, n. 25, v. 2, 2012, p. 308-313

NICOLESCU, B. Um novo tipo de conhecimento: transdisciplinaridade. *Laboratório de Estudos e Pesquisa Transdisciplinares*, 1999. Disponível em: <www.ufrrj.br/leptrans/arquivos/conhecimento.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

NORMATIVO. *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* [online]. Disponível em: <www.priberam.pt/dlpo/normativo>. Acesso em: 4 nov. 2015.

O TRABALHO em equipe e a transdisciplinaridade. *Portal Educação*, 15 jan. 2013. Disponível em: <www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/27224/o-trabalho-em-equipe-e-a-transdisciplinaridade>. Acesso em: 5 nov. 2015.

OLIVEIRA, T. S. et al. Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade. *Psicologia Unifra*, Santa Maria, maio 2012. Disponível em: <www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. Refletindo sobre a liderança em enfermagem. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 1, abr. 2006, p. 209-215.

SANTOS, A. O que é transdisciplinaridade. *Rural Semanal*, n. 31 e 32, ago./set. 2005. Disponível em: <www.ufrrj.br/leptrans/arquivos/O_QUE_e_TRANSDISCIPLINARIDADE.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

SANTOS, S. S. C et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/Enfermagem. *Revista Didática Sistêmica*, v. 5, jan./jun. 2007.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, v. 41, n. 3, p. 403-410. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SIMÕES, A. L. A. et al. Representação social do líder construída por enfermeiros. *Revista Minas de Enfermagem*. Belo Horizonte, v. 3, n. 1/2, p. 68-74, jan/dez, 1999.

TEIXEIRA, E. R. A Polissemia do cuidado, a enfermagem e a transdisciplinaridade. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 16., 2011, Campo Grande. *Anais...* Campo Grande: ABEn. p. 69-72.

4

Relacionamento terapêutico

1 Introdução

A expressão "relacionamento terapêutico" nasceu no âmbito da Saúde Mental, cuja assistência valoriza a relação de ajuda, os atendimentos grupais e o relacionamento interpessoal, sendo utilizada de maneira compreensiva e individualizada na busca de evidenciar as potencialidades e recuperar a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico.

Helena Willis Render, em 1947, afirmou que o relacionamento entre enfermeiro e cliente tem potencial terapêutico. Essa ideia ganhou notoriedade em 1952, quando a enfermeira, médica e educadora, Hildegard Peplau, criou a Teoria das Relações Interpessoais, que instrumentalizou a prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos e reconheceu o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa para pessoa.

Ao longo do tempo, esse conceito foi se ampliando na medida em que, independente da área de atuação, no seu cotidiano de trabalho, o enfermeiro lida com a dor e o sofrimento do ser humano que se encontra sob sua responsabilidade.

Assim, passou-se a compreender que o cuidado de enfermagem prestado inclui garantir, tanto ao indivíduo quanto à sua família, não apenas boas condições de saúde física, mas também de saúde mental, contribuindo para que encontrem mecanismos para enfrentar a dor e o sofrimento que as situações adversas impõem.

Nessa perspectiva, o exercício da enfermagem é mais abrangente que o simples ato de tratar, pois este se restringe à busca da cura, e o cuidado envolve, além dos procedimentos técnicos que têm como objetivo a cura, o atendimento às necessidades do indivíduo que precisa de assistência.

Cuidar é um ato que envolve práticas que dizem respeito às nossas atitudes, por exemplo, a maneira com a qual tratamos ou olhamos uma pessoa, a disposição que temos para interagir e o respeito com que tratamos o outro. Desse modo, diante da complexidade do ser humano, cuidar é uma atividade complexa (ARRUDA, 2003) que exige autoconhecimento e bom relacionamento interpessoal.

O relacionamento interpessoal exige convivência, comunicação e atitudes recíprocas, condições essenciais no exercício de uma profissão cuja prática implica coexistência com seu cliente.

No entanto, esse relacionamento não deve ser considerado algo mecânico, pois o cliente não é mero objeto de trabalho. Ao contrário, a relação estabelecida

entre cliente e enfermeiro deve envolver empatia, pois o efetivo cuidado de enfermagem depende da confiança estabelecida entre profissional, cliente e família. Essa confiança favorece o relacionamento terapêutico, que se impõe como uma tecnologia de cuidado rica em saberes e práticas direcionadas ao ser humano em sua totalidade, ou seja, atendendo suas necessidades imediatas, respeitando suas limitações e evidenciando suas possibilidades e potencialidades.

O cuidado de enfermagem que está pautado nesses princípios defende o reconhecimento do ser humano como um importante promotor de sua saúde e estimula o desenvolvimento de habilidades que fazem dele protagonista do seu cuidado.

Neste capítulo, vamos refletir sobre a comunicação e o relacionamento terapêutico a partir de suas variadas nuanças, considerando que esse procedimento pode ser tanto aprendido quanto aperfeiçoado.

OBJETIVOS

- Conhecer os conceitos importantes para a compreensão e o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.
- Identificar os aspectos facilitam e dificultam o desenvolvimento da comunicação terapêutica.
- Evidenciar a relevância da escuta sensível durante a interação do enfermeiro com o cliente, como ferramenta de disseminação do relacionamento terapêutico.
- Estimular o desenvolvimento da capacidade empática e perceptiva para com o outro.
- Ressaltar a contribuição do relacionamento terapêutico para a humanização da assistência de enfermagem.

2 Conceito de relacionamento terapêutico

Relacionamento, por definição, é um ato que envolve ligação emocional, pessoal ou profissional entre aqueles que se unem com os mesmos objetivos e interesses. Compreende, ainda, um conjunto de atos não programados que depende da percepção do outro em cada momento e de sentimentos tanto alheios como próprios (STEFANELLI, 2012a).

Complementando o conceito, o termo *terapêutico* refere-se à parte da medicina que trata doenças e aplica medicamentos com finalidades curativas, ou seja, com o objetivo de restaurar ou fazer a manutenção da saúde.

A união dos dois conceitos proporciona uma experiência única e abrangente, na qual a interação entre profissional e cliente favorece o atendimento de suas necessidades e, por conseguinte, contribui para promoção ou restabelecimento da sua saúde.

Conceitua-se como *relacionamento terapêutico* o desenvolvimento de ações recíprocas entre enfermeiro e cliente, as quais permitem a esses indivíduos influenciar e ser influenciados na elaboração de objetivos de curto, médio e longo prazos para promoção, manutenção e restabelecimento da sua saúde, cujo foco está em suas necessidades e particularidades (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

3 Dinâmica do relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente

O relacionamento terapêutico se estabelece quando enfermeiro e cliente têm suas necessidades satisfeitas durante o cuidado prestado. Esse fenômeno ocorre quando cada indivíduo vê o outro como ser humano único, ou seja, é diferente de quando o cliente vê no enfermeiro apenas mais um profissional que lhe atende, ou quando o enfermeiro vê o cliente como um ocupante de um leito ou portador de uma doença (TOWNSEND, 2011).

O relacionamento terapêutico exige a consciência de que a interação entre dois indivíduos envolve duas fontes de informação: a do “eu” de cada um deles e a do “outro”, com quem se mantém o contato. Aplicando esse conceito na interação entre enfermeiro e cliente, o primeiro tem como referência seu próprio sistema de conceitos para compreender o segundo. Esse sistema de conceitos age como um filtro que condiciona a aceitação e o processamento de qualquer informação vinda do seu cliente, e o mesmo acontece com o cliente, que também tem seus conceitos prévios.

Esse filtro seleciona e rejeita toda informação não ajustada a esse sistema ou que possa ameaçá-lo, pois cada pessoa desenvolve seu próprio conjunto de conceitos para interpretar seus ambientes externo e interno e para organizar suas

múltiplas experiências da vida cotidiana. O resultado dessas experiências reflete diretamente nas relações interpessoais, pois durante a comunicação, cada ação gera reação (processo de alimentação e retroalimentação, ou *feedback*).

Conforme vimos no Capítulo 2, na *Janela de Johari*, a divisão em quatro partes procura retratar a interação de duas fontes de informação – a da própria pessoa e a dos outros – e os processos comportamentais requeridos para a utilização das informações, que podem influenciar tanto as relações interpessoais como as grupais (rever Figura 2.1 do Capítulo 2). Cada uma das quatro divisões da Janela de Johari é a representação de um tipo de situação de como se dá a percepção do indivíduo. Essas divisões, ou quadrantes, têm como referência o eu de cada indivíduo envolvido na interação, por isso são denominadas Eu Cego, Eu Aberto, Eu Desconhecido e Eu Oculto. Combinando as quatro áreas da Janela de Johari é possível estabelecer quatro estilos diferentes de relacionamento (JANELA..., 2009).

3.1 Estilos de relacionamento

3.1.1 Impessoal

No relacionamento interpessoal, há o mínimo de *feedback* e exposição, além disso a área do Eu Aberto é muito pequena, enquanto o Eu Desconhecido, a área dominante. Por não estabelecerem uma relação de confiança, as pessoas que têm esse estilo são retraídas, distantes e fechadas. São, ainda, encontradas com mais frequência em organizações burocráticas e unidades de saúde que não valorizam a humanização. Dessa forma, por conta das relações com aspecto frio e impessoal, as pessoas com esse estilo podem provocar hostilidades, pois colocam barreiras diante das necessidades de comunicação dos outros.

3.1.2 Com *feedback* excessivo

Ao contrário do estilo anterior, as pessoas desse tipo fazem *feedback* em excesso, pois há o desejo de estabelecer relacionamento, mas sem que uma relação de confiança seja estabelecida, o que provoca desconfiança entre os envolvidos, podendo gerar desprezo e hostilidade na relação.

É adotado com mais frequência por pessoas inibidas que bloqueiam a comunicação pessoal, principalmente quando estão em grupo. Elas preferem

ouvir muito e falar pouco, além disso, sempre estão atentas ao que acontece no ambiente, porém ninguém sabe o que elas pensam.

3.1.3 Autocrático

Em oposição ao *feedback* excessivo, esse estilo faz uso excessivo da exposição, em detrimento do *feedback*. O Eu Cego é a área dominante e, por esse motivo, a pessoa não percebe o impacto negativo que causa aos outros. Esse estilo reflete a necessidade de afirmação e a pouca confiança na opinião alheia, pois suas próprias opiniões são supervalorizadas.

Dessa maneira as outras pessoas sentem-se desconsideradas pelo indivíduo que apresenta esse estilo, por entenderem que ele não valoriza suas contribuições nem se preocupa com os sentimentos dos outros. Com frequência, isso causa sentimentos de hostilidade, insegurança e ressentimentos em relação a essas pessoas; por outro lado, essa atitude faz perpetuar o Eu Cego do indivíduo, fornecendo-lhe apenas um *feedback* seletivo ou, ainda, privando-o de informações importantes.

3.1.4 Democrático

É o estilo ideal, pois os processos de exposição e *feedback* são empregados com equilíbrio. Pessoas desse tipo agem com sinceridade, honestidade e, ao mesmo tempo, sensibilidade em relação ao outro. A região predominante é o Eu Aberto do relacionamento, e é pela atuação desta que se pode progressivamente descobrir e aproveitar a área do Eu Desconhecido, do indivíduo e dos outros. Inicialmente, esse estilo estimula as outras pessoas a terem uma atitude defensiva, se elas não estiverem habituadas a relacionamentos sinceros e que tenham como base a confiança. Mas, havendo perseverança, com o passar do tempo, tende-se a desenvolver uma norma de sinceridade recíproca, o que possibilita obter credibilidade e aproveitar o potencial criativo.

O estilo democrático deve ser a base do relacionamento terapêutico, pois este tem o objetivo de aumentar o Eu Aberto, diminuir o Eu Oculto e o Eu Cego, e explorar o Eu Desconhecido de cada indivíduo.

! ATENÇÃO

A representação gráfica pode parecer estática, mas partes da Janela de Johari são dinâmicas e variam de dimensão. A qualidade da interação do relacionamento interpessoal pode aumentar a região do Eu Aberto, levando à abertura de sentimentos e conhecimentos, com redução progressiva do Eu Oculto. Da mesma maneira, em um processo dinâmico, o Eu Cego pode ser reduzido com a boa vontade estabelecida entre os envolvidos na interação.

Em relação ao indivíduo, superar as barreiras defensivas facilita a realização do *feedback*, ao aceitar a maneira como os outros o veem. Por outro lado, em relação aos outros, maior cooperação e clima de confiança possibilitam maior transmissão de informações.

4 Condições essenciais ao desenvolvimento do relacionamento terapêutico

Nas relações entre enfermeiro e cliente existem condições que contribuem para o estabelecimento do relacionamento terapêutico. Entre essas condições, incluem-se: autoconhecimento, confiança, empatia, respeito e autenticidade. Veremos cada uma dessas condições nos tópicos a seguir.

4.1 Autoconhecimento

Autoconhecimento, de acordo com a psicologia, é o que um indivíduo sabe sobre si mesmo, o que resulta em controle de suas emoções, sendo estas positivas ou não.

O controle emocional proporcionado pelo autoconhecimento evita a baixa autoestima, a inquietude, a frustração, a ansiedade, a instabilidade emocional e outros problemas, além de atuar como um importante exercício de bem-estar, proporcionando resoluções produtivas e conscientes acerca de suas variadas adversidades. Além disso, o autoconhecimento estimula o autocontrole e previne comportamentos discriminatórios (DANTAS, 2015).

4.2 Confiança

Confiança “é o sentimento de fidedignidade em relação ao outro” (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008, p. 360). O significado desse termo remete à fé que se deposita em alguém, à esperança e à coragem provenientes da convicção no próprio valor, ou seja, a valorização do ser humano como responsável por sua história. No caso específico da interação enfermeiro e cliente, busca-se tornar o cliente protagonista da promoção ou recuperação da sua saúde.

A confiança é essencial em todos os relacionamentos humanos, mas ganha importância especial na relação entre enfermeiro e cliente, principalmente se este estiver hospitalizado, visto que a internação traz fragilidade e medo.

Vale ressaltar que a relação de confiança não é relevante apenas durante a internação. Na Estratégia Saúde da Família, essa relação se torna uma ferramenta importante, uma vez que o enfermeiro acompanha cada família na sua intimidade.

A construção do relacionamento de confiança entre enfermeiro e cliente inclui, além da função assistencial, o diálogo que permite ao enfermeiro entender o que se passa com o seu cliente, favorecendo a uma assistência de qualidade que gera bons resultados na promoção e na recuperação da sua saúde. Exige atenção, carinho e dedicação aliados ao saber e à intenção de se fazer o melhor para prevenção ou tratamento das doenças.

4.3 Empatia

O termo, de origem grega (*em-pathos*), “significa a capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compreender seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, sem, no entanto, confundir-se com ele” (SOAR FILHO, 1998, p. 41).

A empatia pode ser descrita como uma resposta emocional a partir da percepção do estado ou da condição de outra pessoa, ou seja, consiste em compartilhar a emoção percebida em outra pessoa, o que permite compreendê-la. Além disso, indica a capacidade de estabelecer contato direto – isto é, não mediado por palavras ou conceitos – com os estados afetivos de outro ser humano.

Por implicar um modo de percepção que se dá fora do campo verbal, a empatia favorece o vínculo entre pessoas e contribui para o desenvolvimento das relações de afetividade, que em situações de estresse funcionam como apoio social e auxiliam na capacidade de adaptação.

4.4 Respeito

Respeito tem como um de seus conceitos o sentimento que leva alguém a tratar outra pessoa com grande atenção, dando-lhe profunda importância, consideração ou reverência. É o sentimento que nos impede de conduzir situações de maneira que seja desagradável a alguém, devido a determinados sentimentos, como afeição, consideração, deferência, obediência, submissão, medo do indivíduo alvo da ação ou, até mesmo, por temer o que os outros podem pensar de nós.

Diálogo e acesso às informações são condições essenciais para manifestar respeito ao cliente que recebe o cuidado da enfermagem. Assim, o enfermeiro deve favorecer e prover meios, ambiente e tempo ao diálogo que permita a autonomia e a liberdade de expressão, visando garantir a possibilidade de o cliente esclarecer suas dúvidas e manifestar sua opinião sobre o cuidado recebido sem risco de represálias.

Nas relações sociais, respeito é uma expressão que define sentimentos positivos entre indivíduos, caracterizando-se como um princípio de convívio humano que deve ser a base para construir uma sociedade justa, independente dos aspectos sociais, étnicos, econômicos, culturais, entre outros.

Respeito é a condição que incentiva e mantém as relações humanas em nível cordial; sua aplicação, todavia, depende de evitar maus pensamentos, comentários tendenciosos, hostilidade e até mesmo a simples prevenção contra a outra pessoa.

O enfermeiro tem, entre seus compromissos, o dever de tratar a pessoa sob seus cuidados como ser humano, e essa meta só é alcançada se cultivar o respeito, procurando entender o ponto de vista do outro independente de opiniões, defeitos e princípios divergentes.

Exemplificando o conceito de respeito, leia o relato de uma vivência retirada do cotidiano de uma enfermeira:

EXEMPLO

Uma enfermeira, em plantão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tinha sob seus cuidados um cliente que estava no segundo dia de pós-operatório. Sendo o cliente um criminoso perigoso, um policial permanecia na porta da UTI. Este, ao notar o desvelo da enfermeira em sua prática profissional enquanto cuidava do referido cliente, comentou:

— Por que a senhora tem tanto cuidado com ele? Ele já matou muita gente! É ruim!

A enfermeira, voltando-se para o policial, perguntou-lhe:

— O que o senhor está fazendo aqui?

A essa pergunta, o policial respondeu:

— Estou fazendo o meu trabalho.

Nesse momento, ela argumentou:

— Eu também estou fazendo o meu trabalho, que é cuidar de qualquer doente, independente de quem ele seja! — e, com um sorriso, complementou: — Vamos continuar nossos trabalhos?

Uma atitude respeitosa envolve capacitar o outro a agir autonomamente e não somente acatar decisões. São atitudes respeitosas:

- Chamar o cliente pelo nome.
- Interagir o suficiente para responder a perguntas, esclarecer dúvidas e minimizar inquietações.
- Agir sempre com franqueza e honestidade com o cliente, mesmo quando as notícias são tristes e difíceis de dar.
- Garantir a privacidade do cliente, bem como o sigilo necessário para sua dignidade.
- Tentar compreender o comportamento do cliente, considerando suas ideias e preferências, principalmente no momento de planejar a assistência de enfermagem.

4.5 Autenticidade

Autenticidade é a característica daquilo que é real, verdadeiro e legítimo. Pode-se dizer que é referente à particularidade daquilo em que se pode confiar, pois está em conformidade com o que se considera adequado.

A autenticidade está relacionada ao fato de a pessoa ser verdadeira consigo mesma. Uma pessoa é tão mais autêntica quanto maior for sua fidelidade em relação a suas próprias emoções, necessidades, desejos, preferências ou crenças. Ser autêntico depende do processo de autoconhecimento, saber que permite ao indivíduo agir de acordo com seu verdadeiro eu e se expressar de maneira consistente com seus pensamentos e sentimentos (HARTER, 2002).

5 Fases do relacionamento terapêutico

Considerado uma ferramenta importante na assistência de enfermagem, o relacionamento terapêutico está distribuído em cinco fases: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação do cuidado. O *processo de enfermagem* é a aplicação dessas fases.

O relacionamento terapêutico inicia-se antes mesmo do primeiro contato com o cliente e é encerrado somente quando há um desfecho para o cuidado prestado, ou seja, no último momento de interação entre cliente e enfermeiro. As ações do relacionamento terapêutico, dessa forma, estão classificadas em quatro etapas: *pré-interação*, *orientação*, *trabalho* e *término* (TOWSEND, 2011).

1	**Pré-interação:** envolve a preparação para o primeiro contato com o cliente. Essa fase inclui: ▪ Coletar informações no prontuário por meio do contato com acompanhantes e familiares ou com outros profissionais da equipe de saúde. ▪ Preparar-se para o contato, principalmente se o cliente apresentar condições físicas ou emocionais que tragam conflito para o enfermeiro. Antes de atender um doente em fase terminal, por exemplo, o enfermeiro deve questionar-se quanto à sua preparação para esse atendimento.
2	**Orientação:** caracteriza-se pelo contato direto com o cliente e o conhecimento mútuo entre este e o enfermeiro. Essa fase inclui: ▪ Proporcionar um ambiente acolhedor e propício ao estabelecimento de confiança. ▪ Confirmar as informações coletadas anteriormente e colher outras de importância para a intervenção proposta. ▪ Identificar as potencialidades e as limitações do cliente que podem interferir na eficácia do cuidado de enfermagem proposto na intervenção. ▪ Formular diagnósticos de enfermagem, com base em problemas reais (já existentes) ou potenciais (com possibilidade de ocorrência) identificados durante a fase de diagnóstico. ▪ Estabelecer metas satisfatórias para o cliente e o enfermeiro.

	▪ Elaborar um plano de ação que permita alcançar as metas propostas, sem deixar de ser realista. ▪ Explorar sentimentos e expectativas do cliente e do enfermeiro em diversos momentos dessa fase, pois podem ser necessárias variadas interações para a efetivação das ações mencionadas. ▪ A fase de pré-interação e a de orientação oferecem subsídios para a elaboração do Plano de Cuidados de Enfermagem.
3	**Trabalho:** consiste na etapa de intervenção. Representa a ação, ou seja, a execução do Plano de Cuidados de Enfermagem com objetivo de alcançar os resultados esperados. Inclui: ▪ Implementar as ações propostas para resolver os problemas identificados nas fases anteriores. ▪ Manter a confiança estabelecida na fase de orientação. ▪ Avaliar continuamente os resultados obtidos a partir das ações implementadas e o progresso no alcance das metas definidas na fase de orientação.
4	**Término:** ocorre quando a assistência de enfermagem já não se faz necessária, seja pela consciência de que o cliente está pronto para o autocuidado na promoção ou no restabelecimento da sua saúde, seja em virtude de, em situações mais graves, a condição do cliente ter culminado em óbito.

6 A comunicação terapêutica

A comunicação é um instrumento básico para o relacionamento terapêutico e o cuidado de enfermagem, uma vez que o compartilhamento de mensagens entre enfermeiro e cliente contribui para a promoção e a recuperação da saúde e para o bem-estar do cliente.

Na interação entre enfermeiro e cliente, a comunicação adequada é aquela que engloba aspectos verbais e não verbais, pois o uso da palavra associado à expressão corporal, à observação do espaço, ao toque e aos sinais paralinguísticos

(aqueles que acompanham a fala – tom, ritmo da voz, entre outros) dão maior fidedignidade à interpretação das mensagens comunicadas. O profissional que presta assistência e mantém-se atento a esses aspectos está utilizando a comunicação terapêutica.

A comunicação terapêutica favorece o desenvolvimento da prática de enfermagem, contribuindo para o estabelecimento da confiança entre enfermeiro e cliente. Segundo Stefanelli (2012c, p. 68):

> [...] comunicação terapêutica é a competência profissional de saúde em usar seu conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e enfrentar os desafios à autorrealização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com a maior autonomia possível.

6.1 Estratégias de comunicação terapêutica

O enfermeiro e sua equipe prestam assistência ininterrupta a seu cliente. Essa interação constante se revela mais frequente do que a desenvolvida pelos demais profissionais de saúde. Essa característica aumenta a necessidade de o enfermeiro dar atenção ao emprego de técnicas de comunicação terapêutica. Stefanelli (2012c) divide as estratégias de comunicação terapêutica em três grupos: *de expressão*, *de clarificação* e *de validação*.

As técnicas de expressão são as mais utilizadas no início do relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente; já as técnicas de clarificação reforçam ou desmentem a percepção inicial do profissional, ao passo que as técnicas de validação possibilitam ao enfermeiro interpretar se a mensagem tem o mesmo significado para ambos ou se são relevantes para o cuidado.

6.1.1 Grupo de expressão

No grupo de expressão, encontram-se as técnicas que ajudam a descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos sobre ela. Nesse grupo, encontram-se as seguintes técnicas:

6.1.1.1 Ouvir reflexivamente – escuta sensível

O ouvir de maneira reflexiva tem um papel tão ou mais relevante que a fala na transmissão de uma mensagem, pois permite ao profissional decodificar e interpretar ativamente as mensagens verbais, não verbais e paraverbais.

Ao ouvir reflexivamente, o enfermeiro consegue identificar preocupação nas mensagens que se repetem, compreender o cliente de acordo com o contexto social e, acima de tudo, não julgar seu comportamento. Expressões como "Estou ouvindo...", "Continue...", "E depois..." mostram ao cliente o interesse do enfermeiro em ouvi-lo e o encorajam a continuar.

6.1.1.2 Usar terapeuticamente o silêncio

Essa técnica exige que o enfermeiro saiba quando deve permanecer em silêncio ou quando é obrigado a interromper o cliente. O primeiro momento é descrito por Stefanelli (2012b) como *disposição expectante*, ou seja, acreditar que o outro vai falar a qualquer momento.

Importante analisar o motivo do silêncio do cliente antes de decidir se deve ou não interrompê-lo, pois essa conduta leva o cliente a entender que também é responsável pela interação.

O silêncio deve ser interrompido em intervalos regulares com frases que incentivem ao cliente decidir se é o momento de falar ou não. Podem ser utilizadas frases do tipo: "Estou à disposição", "Fique à vontade e fale quando se sentir preparado", entre outras.

6.1.1.3 Verbalizar aceitação

Para o cliente, reconhecer-se aceito é uma condição básica para a interação positiva e o convívio saudável com o enfermeiro, visto que significa uma atitude imparcial e sem julgamento por parte desse profissional.

Verbalizar aceitação não deve ser entendido como concordância com todos os comportamentos do cliente, e sim percebê-lo como indivíduo em determinadas situações, principalmente aquelas que envolvem estresse, pois nesses momentos ele pode expressar sentimentos ou emoções de maneira inadequada e, portanto, socialmente inaceitáveis.

6.1.1.4 Verbalizar interesse

Verbalizar interesse significa reconhecer o cliente como pessoa com identidade própria e que merece respeito. Chamar o cliente pelo nome reforça a atitude respeitosa, assim como levar em consideração os seus títulos, acrescentando ao seu nome expressões como professor, doutor e outras.

Registrar a observação da contribuição do doente e seu progresso também são maneiras de evidenciar interesse.

6.1.1.5 Usar frases em aberto ou reticentes

O uso de frases em aberto ou reticentes estimula o cliente a continuar o pensamento interrompido. Na maioria das vezes, repete-se a fala inconclusa do cliente utilizando sinais paraverbais que revelam a necessidade de continuidade da informação. Em outros momentos, serve para explorar com mais profundidade uma ideia expressa.

Essa estratégia evita que o cliente mude o foco da informação, pois a frase dita passa ser uma linha condutora para o diálogo que conduz à expressão das necessidades do cliente com suas próprias palavras.

6.1.1.6 Repetir as últimas palavras ditas pelo cliente

Essa técnica mostra o interesse do enfermeiro e estimula o cliente a continuar falando, pois este percebe que o estão ouvindo.

Associada à comunicação não verbal e paraverbal adequadas (manter contato visual, inclinar o corpo em direção ao cliente, entre outras), a repetição das últimas palavras reforça a expectativa de saber o que o cliente vai falar, além de dar a ele a oportunidade de descrever claramente a ocorrência, os sentimentos e, assim, proceder às correções necessárias.

6.1.1.7 Fazer perguntas

Para utilizar a pergunta como estratégia terapêutica, o enfermeiro deve estar atento ao nível de compreensão de cada indivíduo, pois a eficácia dessa estratégia depende do tempo que cada pessoa necessita para decodificar e compreender a mensagem contida na pergunta, para, em seguida, elaborar e emitir a res-

posta. É preciso ter em mente que apressar a resposta do cliente ou verbalizar várias perguntas em sequência pode confundir e comprometer a compreensão do cliente.

A pergunta deve ser clara e elaborada conforme o vocabulário do cliente. Evitar perguntas que levem a uma resposta curta como "sim" ou "não", pois podem interromper a continuidade do pensamento. Além disso, devem ser abolidas frases iniciadas com "por que" ou "como" quando enfermeiro e cliente não se conhecem, pois podem intimidar ou criar uma atmosfera de desconfiança.

6.1.1.8 Devolver a pergunta feita

Devolver a pergunta feita consiste em direcionar a pergunta feita pelo cliente para ele mesmo, como estratégia para transmitir a ideia de que seu ponto de vista é o mais importante.

É comum o cliente perguntar ao enfermeiro a respeito de sua vida particular ou de sua conduta em determinada situação. Nesses momentos, o enfermeiro deve devolver a pergunta de forma cortês e respeitosa, ressaltando a valorização da opinião do cliente para a eficácia do cuidado que lhe será prestado.

6.1.1.9 Usar frases descritivas

Usar frases descritivas exige o uso de palavras claras e enunciadas em voz audível. Deve-se evitar tom de voz monótono e uso de termos técnicos, que muitas vezes não são compreensíveis para o cliente.

6.1.1.10 Manter em foco a ideia principal

Manter a ideia principal em foco contribui para manutenção do fluxo de informação de maneira que se alcance o objetivo da interação. Essa estratégia permite que o cliente não apenas descreva com profundidade o assunto de real interesse para ele, mas faça uma descrição fidedigna de experiências vivenciadas.

Quando o enfermeiro associa as técnicas de manter em foco a ideia principal e ouvir reflexivamente, é possível que ele perceba os tópicos recorrentes que levam o cliente a mudar de assunto e, dessa maneira, o enfermeiro pode manter com o cliente um diálogo dotado de sequência lógica e objetiva.

6.1.1.11 Permitir ao cliente que escolha o assunto

A escolha do assunto por parte do cliente revela abertura no diálogo com o enfermeiro. Isso reforça o respeito e a confiança ao mesmo tempo que induz o cliente a tomar consciência do seu protagonismo, tornando-o corresponsável na promoção e na recuperação de sua saúde.

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro tem comprometido o uso dessa estratégia, pois com a finalidade de agilizar a comunicação, esse profissional, muitas vezes, inicia a abordagem com o assunto que julga necessário para o cuidado, esquecendo-se de que o cliente pode desejar expressar algo que o preocupa, incomoda ou, ainda, falar de si mesmo.

6.1.1.12 Verbalizar dúvidas

A expressão de informações e sentimentos por parte do cliente pode gerar dúvidas quanto à veracidade do que foi dito. Havendo não conformidade, esta deve ser esclarecida pelo profissional, mas é bom reforçar que essa conduta deve ser cuidadosa, verificando-se a melhor oportunidade para a verbalização dessas dúvidas.

Verbalizar dúvidas de maneira intempestiva pode fazer que o cliente se sinta desafiado ou ameaçado, gerando desconfiança e levando-o a reagir de forma inadequada.

Por outro lado, a situação de doença associada à dor, ao sofrimento e à incerteza pode alterar as atitudes e os pensamentos do cliente, sendo necessário que o enfermeiro o auxilie na reorganização de suas emoções para que possa dar informações reais sobre o fato relatado.

6.1.1.13 Dizer não

O uso do “não”, dito com firmeza e segurança, contribui para o estabelecimento do respeito e da confiança, além de auxiliar, muitas vezes, na promoção e na recuperação da saúde do cliente.

Essa técnica exige honestidade e sinceridade por parte do enfermeiro, além de coerência de conduta da equipe que assiste o cliente. Dizer não de forma responsável contribui para o desenvolvimento e a maturidade do cliente tanto quanto uma resposta positiva.

O “não” dito com propriedade ajuda o cliente a aceitar as rotinas da unidade e a respeitar limites. Assim, uma resposta negativa é importante para todos os envolvidos no cuidado, desde o cliente e os profissionais, até a própria instituição.

6.1.1.14 Estimular expressão de sentimentos que não se manifestam claramente

Muitas vezes, por motivos variados, o cliente não consegue manifestar sentimentos e pensamentos implícitos, mas que influenciam diretamente em suas reais necessidades, e esta é a razão pela qual precisam ser esclarecidos. Estimular a expressão desses sentimentos e pensamentos requer mais tempo e concentração, além de conhecimento de comportamentos, atitudes e crenças do cliente. Isso depende de um conhecimento mais profundo do indivíduo, pois exige compreensão e interpretações que levam o enfermeiro a intervir de acordo com as necessidades identificadas. Assim, interpretações equivocadas podem incorrer em inadequações na assistência de enfermagem.

Outro aspecto importante é o fato de o enfermeiro interpretar o conteúdo explicitado pelo cliente de acordo com suas próprias crenças e valores, o que pode provocar equívocos que comprometem o cuidado de enfermagem. Para prevenir esse comprometimento, o enfermeiro pode utilizar outras estratégias como fazer perguntas, verbalizar dúvidas e usar frases descritivas.

6.1.1.15 Usar terapeuticamente o humor

A psiconeuroimunologia é uma nova especialidade da medicina que estuda a maneira pela qual as emoções influem no sistema imunológico das pessoas, uma vez que os sistemas nervoso, imunológico e hormonal sofrem influência direta da forma como o indivíduo lida com situações adversas. Daí a importância do humor na saúde das pessoas.

Sabe-se que o humor reduz os níveis de estresse, facilita a interação com as pessoas e ensina a lidar com situações difíceis. Há um vínculo direto entre humor, qualidade de vida e saúde global, inclusive na prevenção de doenças graves, como câncer e patologias cardiovasculares. Acontecimentos estressantes que são processados pelo sistema de crenças e valores de cada indivíduo podem dar origem a sentimentos e pensamentos com índice emocional negativo.

Por outro lado, o estado emocional positivo colabora com a terapêutica medicamentosa, pois reduz a liberação de cortisóis e adrenalina (hormônios do estresse e do envelhecimento precoce) que são indesejáveis, uma vez que em excesso desencadeiam o desenvolvimento de infecções e doenças.

Esses argumentos justificam o uso terapêutico do humor, pois o seu caráter rebelde "se opõe à resignação masoquista do sujeito diante do real e aos imperativos sociais" (MORAIS et al., 2009, p. 324). Assim, especialmente quando ocorre internação – condição que traz medo pela permanência em um ambiente de certa forma hostil, ansiedade pelo diagnóstico e pelo prognóstico e obrigatoriedade de cumprimento de regras a que o indivíduo não está acostumado –, o uso do humor traz leveza, minimiza o rigor desse momento difícil e assume o papel de coadjuvante da terapia.

O humor consiste em uma forma inteligente de lidar com a dor e o sofrimento e atua como álibi de alguma verdade do sujeito – que, até então, não fora capaz de ser dita – pela sua relação direta com o inconsciente. O recurso de falar *de brincadeira* ou *de mentirinha* pode ser a maneira de uma verdade ser anunciada por meio do faz de conta.

Utilizar o humor de forma terapêutica depende do conhecimento por parte do enfermeiro do estado geral do cliente, de seus padrões de resposta, de sua cultura, do senso de oportunidade e do objetivo proposto.

O uso do humor tem bons resultados quando associado a temas gerais, como teatro, jogos e dinâmicas, mas é importante estar atento para não direcioná-lo à pessoa do cliente.

6.1.2 Grupo de clarificação

O grupo de clarificação abrange as técnicas que ajudam a esclarecer o que for expresso pelo cliente. Cada uma delas está explicada nos itens a seguir:

6.1.2.1 Estimular comparações

Sabe-se que os agravos à saúde, muitas vezes, têm relação direta com acontecimentos anteriores ao seu aparecimento. Assim, torna-se relevante identificar a importância desses eventos no estado atual do cliente. Ao mesmo tempo, esclarecer pensamentos, sentimentos ou ideias a respeito de sinais e sintomas relacionados ao motivo da busca de atenção em saúde auxilia na elaboração do plano de cuidados de enfermagem.

Tanto a percepção do enfermeiro sobre a maneira como o cliente lida com a sucessão dos acontecimentos de sua vida quanto o conhecimento de estratégias de enfrentamento das vivências semelhantes ao momento atual, contribuem para conhecer as potencialidades e as fragilidades do cliente e permitem ao profissional ajudá-lo a superar dificuldades.

Essa estratégia permite ao cliente conhecer seus pontos fortes para enfrentar situações adversas, mas exige do enfermeiro atenção à complexidade de cada situação.

6.1.2.2 Solicitar que esclareça termos incomuns

Para que haja êxito na comunicação verbal, seja ela escrita ou falada, o receptor da mensagem precisa compreender o que lê ou ouve, por isso, o sucesso desse tipo de comunicação depende completamente da clareza das mensagens passadas, e essa clareza está relacionada à compatibilidade do vocabulário e ao desenvolvimento intelectual dos envolvidos na troca de informações.

COMENTÁRIO

Em um país de grande dimensão territorial é comum o emprego de termos regionais. O *regionalismo* é o uso de formas e expressões específicas de determinada região e pode se manifestar tanto na sintaxe – em algumas regiões se diz "sei não" e, em outras, "não sei", por exemplo – quanto no vocabulário (sendo a manifestação mais comum desse tipo de variação linguística), ou seja, palavras diferentes designam o mesmo objeto de acordo com a região – no sul do Brasil, por exemplo, os nomes dados ao utensílio que o departamento de trânsito dispõe em cruzamentos movimentados, com luzes vermelha, verde e amarela, variam entre semáforo, sinaleiro, sinaleira, sinal e farol.

Há ainda a *variação social*, que diz respeito às formas linguísticas utilizadas por classes ou grupos sociais distintos. Entre essas formas, encontra-se a *gíria*, cuja origem normalmente está relacionada a determinado grupo social – fãs de *rap*, de *funk*, de *heavy metal*, surfistas, *skatistas*, grafiteiros, entre outros.

Existem também os *jargões*, que estão relacionados às áreas profissionais e caracterizam um linguajar técnico, por exemplo, o vocabulário utilizado por profissionais da saúde, do direito e da informática (REGIONALISMOS, 2013).

No processo de comunicação, o enfermeiro, ao perceber qualquer expressão desconhecida, deve deixar claro que não a conhece e pedir ao cliente que explique o significado do termo ou da frase utilizada.

A expressão "você sabe", utilizada com frequência pelo cliente, reforça a ideia errônea de que o enfermeiro sabe tudo o que se passa no ambiente hospitalar e, inclusive, com o próprio cliente, maximizando sua responsabilidade. Nesse caso, é importante esclarecer que, como ser humano e profissional que não está na unidade em tempo integral, o enfermeiro tem suas limitações. Dessa maneira, o cliente precisa esclarecer o que sente ao dizer "você sabe".

6.1.2.3 Solicitar ao cliente que esclareça o agente de ação

Palavras indefinidas ("nós", "ele", "todo mundo", "aqueles", "a gente", "todos", entre outras) são comuns na interação entre cliente e enfermeiro. Essa estratégia, muitas vezes, é uma defesa, por permitir que o cliente retire de si a responsabilidade pelo que está sendo apresentado. Nesses momentos, o enfermeiro precisa solicitar esclarecimento sobre quem são os agentes da ação que estão representados nos termos utilizados.

Considerando que algumas pessoas tendem a falar de outras para evitar falar sobre si mesmas, essa solicitação contribui para o desenvolvimento da identidade do cliente, pois leva-o a aprender a falar de si mesmo, de suas experiências, tanto positivas como negativas, e de seus problemas, além de, principalmente, falar por ele mesmo e nunca por outras pessoas. Essa conduta fortalece sua autonomia e desenvolve sua independência.

Por outro lado, é comum o enfermeiro utilizar esse artifício generalizando suas experiências, pensamentos, sentimentos e emoções. Ressalte-se que, considerando o amplo convívio do enfermeiro com o cliente, quanto mais esse profissional se mostra assertivo, claro e honesto, maior o nível de confiança que se estabelece, ampliando as possibilidades de clareza na comunicação entre ambos.

Em tempos de busca pela humanização, essa estratégia deve ser estimulada, pois colabora para que o cliente conheça os profissionais que lhe prestam assistência.

6.1.2.4 Descrever os eventos em sequência lógica

Apesar de parecer fácil descrever os eventos de maneira sequencial, fatores como ansiedade pela doença ou pela internação hospitalar, falta de calendário e de relógio nas unidades de internamento, condições físicas do cliente (idade e patologia, por exemplo) podem provocar distorção de tempo e espaço.

A apresentação dos assuntos em sequência lógica contribui para a compreensão das ideias do cliente, pois os eventos apresentados em ordem sequencial possibilitam estabelecer a relação entre causa e efeito ou corrigir informações anteriores. Ela também permite relacionar o momento de saúde ou doença com as perspectivas de tempo e espaço.

Assim, considerando os argumentos apresentados, o enfermeiro deve orientar o diálogo com o cliente no sentido de facilitar a descrição dos assuntos em sequência lógica, iniciando com frases como: “Esse fato aconteceu antes ou depois?”. Caso não seja possível alcançar seu objetivo no início, deve-se insistir com outras colocações: “Tente lembrar como era antes do(a) senhor(a) apresentar os sintomas.”, “Isso aconteceu quando?”, “Quando o(a) senhor(a) começou a vir ao posto, como se sentia?”, entre outras.

6.1.3 Grupo de validação

No grupo de validação encontram-se as técnicas que permitem a existência de significado comum ao que é expresso. Listamos algumas delas nos itens a seguir:

6.1.3.1 Repetir a mensagem do cliente

Um aspecto importante da prática reflexiva é escutar tanto as palavras dos outros como as nossas próprias. Por isso, o enfermeiro deve oferecer ao cliente a oportunidade de ouvir o que disse, utilizando-se da repetição de sua fala. Essa conduta contribui para reflexão do conteúdo expresso e para uma possível correção de informações dadas anteriormente.

O enfermeiro pode repetir as palavras do cliente ou adaptá-las ao seu vocabulário, tendo o cuidado de não alterar o significado da mensagem que o cliente quer comunicar.

6.1.3.2 Pedir ao cliente para repetir o que foi dito

Ao solicitar que o cliente repita o que foi dito, o enfermeiro lhe dá oportunidade de expressar novamente um assunto já discutido e refletir sobre o que foi falado, permitindo que corrija ou acrescente informações a respeito do assunto.

Repetir o que foi dito contribui tanto para confirmar e legitimar a mensagem do próprio cliente como para verificar se ele compreendeu que foi transmitido pelo enfermeiro. A repetição da mensagem é uma oportunidade de

compartilhá-la, corrigindo a inadequação de informações e percepções e favorecendo a aprestação de uma assistência de enfermagem de boa qualidade

Outro aspecto benéfico dessa técnica é o fato de o cliente se sentir valorizado, pois o enfermeiro está com a atenção voltada para sua história e seu problema. Por outro lado, o emprego excessivo dessa técnica pode tornar cansativa a comunicação, como também levar o cliente a pensar que o enfermeiro não é qualificado para atendê-lo de maneira adequada.

Frases como "Eu não entendi quando o(a) senhor(a) falou sobre... O(a) senhor(a) poderia repetir?", "Fiquei com uma dúvida sobre o que o(a) senhor(a) me falou..." podem ser utilizadas para manifestar a necessidade dessa técnica junto ao cliente.

6.1.3.3 Resumir ou recapitular o conteúdo da interação

Ao resumir ou recapitular o conteúdo da comunicação durante o contato com o cliente, o enfermeiro cria oportunidade de manifestar dúvidas, tanto pela comunicação verbal, quando o cliente pergunta, como pela comunicação não verbal, quando o enfermeiro observa as expressões faciais e corporais que confirmam ou negam o que foi dito anteriormente.

O enfermeiro deve estar atento para os temas que necessitam de esclarecimentos, uma vez que uma maior compreensão do cliente contribui para o atendimento adequado de suas necessidades, visto que estimula o cliente a colaborar e se envolver em seu tratamento e a ter maior consciência sobre ele.

Essa técnica exige habilidade, pois o resumo das ideias deve ser claro e objetivo, utilizando poucas palavras. Ela pode ser adotada no começo da consulta ou de algum procedimento de enfermagem como estímulo à continuidade de algum tema iniciado anteriormente.

Enfim, as técnicas de comunicação terapêutica não existem para serem usadas mecanicamente. Ao contrário, devem ser associadas a todas as demais ações de enfermagem, pois essas técnicas são instrumentos que contribuem para a excelência da assistência, permitindo o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente. Por isso, ao utilizá-las, o enfermeiro deve considerar a particularidade de cada uma delas para cada situação específica.

As técnicas de comunicação terapêutica contribuem para o desenvolvimento de um relacionamento empático, pois ajudam o enfermeiro a conhecer os sentimentos de seus clientes. Essas técnicas devem ser usadas de maneira cuidadosa, respeitando o momento de aplicação e a condição física e emocional do cliente.

6.2 Dificuldades para o uso da comunicação terapêutica

Mesmo que o enfermeiro esteja sensível ao uso da comunicação terapêutica, é importante lembrar que a comunicação é um processo dinâmico e interativo, por isso, é comum nos perguntarmos por que agimos de determinada forma que consideramos, muitas vezes, ineficaz ou até mesmo errada.

Existem condições que se constituem limites para sua aplicabilidade, sendo, portanto, apropriado chamá-las de dificuldades, ou desafios, uma vez que devemos estar atentos e dispostos para superar tais obstáculos.

6.2.1 Limitação do emissor ou receptor

A limitação física, emocional ou cognitiva do emissor, bem como a dificuldade de ouvir, ver ou sentir do receptor, principalmente quando sua atenção está voltada para outra situação ou problema, pode ser uma das causas da incompreensão da mensagem.

A assistência de enfermagem a pessoas portadoras de deficiência auditiva e/ou visual e a idosos exige atenção especial, pois a alteração da acuidade visual ou auditiva são duas limitações que comprometem a comunicação terapêutica.

6.2.2 Falta de capacidade de concentração da atenção

A capacidade de concentração da atenção varia de pessoa para pessoa e está relacionada a problemas orgânicos (doenças psiquiátricas e deficiência na acuidade visual e auditiva, por exemplo), condições ambientais (excesso de ruídos, temperatura desregulada etc.) e desconhecimento de termos utilizados.

6.2.3 Pressuposição da compreensão da mensagem

Quando o enfermeiro transmite informações ao cliente é comum que ele tenha como base seu próprio conhecimento. Desse modo, o profissional deve estar atento ao nível de compreensão do cliente que, muitas vezes, oprimido pelo medo e pela submissão imposta pelo sistema de saúde, não manifesta o não entendimento ao que está sendo dito. As técnicas de clarificação e de validação, abordadas anteriormente, podem neutralizar essa dificuldade.

6.2.4 Imposição de esquema de valores

A cultura de um povo determina crenças, valores, atitudes e padrões de comportamento de cada um dos seus integrantes. Enfermeiro e cliente, naturalmente, têm valores diferentes, por isso, esse profissional deve tomar cuidado para não impor seus próprios valores, principalmente quando se tratar de temas polêmicos, como tabagismo, aborto e planejamento familiar ou qualquer outro tema que possa gerar conflito e influenciar na promoção e recuperação da saúde do cliente.

EXEMPLO

Para exemplificar as situações que merecem atenção redobrada, pode-se indicar quando o enfermeiro presta cuidados a moradores de rua, usuários de drogas ou praticantes de uma religião que não veem com bons olhos a adoção de determinados procedimentos de enfermagem.

6.2.5 Ausência de linguajar comum

A falta de um linguajar comum altera o significado da mensagem e, por consequência, prejudica a comunicação, elemento essencial para elaboração do histórico e do diagnóstico de enfermagem. Por isso, o enfermeiro precisa procurar alternativas para compreender o cliente e se fazer entender por ele.

Um exemplo dessa dificuldade é o atendimento a pessoas que não falam português, nossa língua materna, e os surdos que se comunicam pela Língua Brasileira de Sinais (Libras). Nas duas situações, o enfermeiro pode utilizar a comunicação não verbal.

6.2.6 Influência de mecanismos inconscientes

Os seres humanos defendem-se inconscientemente de sentimentos negativos vivenciados em uma situação perturbadora. Podem fazê-lo negando ou distorcendo a realidade para enganar a si mesmo. Esses mecanismos são usados para proteger sua autoimagem, o que é bastante comum.

Na condição de seres humanos, enfermeiros e clientes têm necessidade de uma autoimagem positiva, de terem seu comportamento aprovado e justificá-lo quando necessário. Muitas vezes, porém, a única maneira de conseguir esse feito é utilizar processos inconscientes, que são, por exemplo, a negação do cliente quanto à gravidade da sua doença ou a reação do enfermeiro ao atender um cliente portador de doenças que, de alguma forma, tragam ao profissional lembranças desagradáveis de experiências semelhantes.

7 Comunicação não terapêutica

Cabe esclarecer que a chamada comunicação não terapêutica não significa apenas prescindir das estratégias da comunicação terapêutica. Não existe padronização, pois não foi elaborada conscientemente para esse fim. São, no entanto, situações nas quais se aplicam aspectos da comunicação humana de maneira errônea e, por isso, trazem prejuízos para os envolvidos nesse processo de comunicação.

O estresse e a ausência do autoconhecimento são fatores que induzem à comunicação não terapêutica. Estão listadas nos tópicos a seguir algumas atitudes consideradas não terapêuticas.

7.1 Não saber ouvir

O enfermeiro sob o impacto de condições adversas – como sobrecarga de trabalho, alterações emocionais e de saúde, problemas pessoais e de trabalho – pode, sem perceber, alterar sua disponibilidade para ouvir; isso influencia tanto a capacidade perceptiva durante o diálogo com o cliente quanto o tempo dedicado a essa ação.

7.2 Dar conselhos

Dizer ao cliente o que fazer ou como se comportar indica uma assertiva errônea de que é o enfermeiro quem sabe o que é melhor para ele e que o cliente não tem capacidade para tomar decisões.

A conduta de dar conselhos ao cliente interfere na capacidade de o cliente elaborar seu comportamento para promoção ou recuperação de sua saúde, uma vez que essa conduta está embasada em crenças e valores do enfermeiro, desconsiderando a cultura do cliente.

Esse comportamento do enfermeiro é inadequado por não permitir que o cliente reflita, elabore e analise as possíveis soluções para o seu problema

atual e, consequentemente, tome sua própria decisão em relação à situação vivenciada.

7.3 Usar jargões técnicos ou linguagem científica

O uso de termos técnicos ou científicos sem esclarecer seu significado afeta a compreensão da mensagem por parte do cliente. Por esse motivo, um termo técnico ou científico empregado na comunicação deve sempre ser seguido da explicação do seu significado.

7.4 Falsa tranquilização

Na tentativa de tranquilizar o cliente, muitas vezes, o enfermeiro utiliza frases estereotipadas como: "Isso vai passar rápido", "Muitas pessoas já passaram por isso" ou "Quando acordar nem vai se lembrar". Essa estratégia, além de ser baseada em clichês, é errada por transmitir ausência de sentimento e desrespeito à individualidade do cliente.

7.5 Julgar um comportamento

Emitir julgamento quanto à aprovação ou à reprovação do comportamento do cliente anula sua capacidade de tomar decisões com base em sua cultura, crenças e valores, além de criar uma barreira na comunicação. Essa atitude leva, muitas vezes, o cliente a mentir ou a omitir determinados comportamentos.

Ressalte-se que o enfermeiro deve orientar a respeito das possibilidades de conduta na promoção e na recuperação da saúde e apoiar o cliente em suas decisões, mostrando as possíveis consequências de seu comportamento, sem, no entanto, mostrar julgamento relativo a certo ou errado.

7.6 Induzir respostas

Determinadas perguntas revelam qual é a resposta esperada e, assim, podem induzir o cliente a responder conforme o esperado. Esse tipo de comunicação restringe o direito de o cliente expressar sentimentos ou pensamentos e pode afetar a assistência de enfermagem.

7.7 Manter-se na defensiva

Alguns seres humanos são vaidosos por natureza, por isso as críticas ao seu comportamento ou à sua conduta, muitas vezes, não são bem aceitas. Especificamente na comunicação entre enfermeiro e cliente, na qual geralmente parece existir, de certa forma, uma relação hierárquica em termos de conhecimento, as críticas do cliente em relação à maneira de agir do enfermeiro podem levar o profissional a se manter na defensiva.

Para amenizar essa tendência, o enfermeiro precisa iniciar um diálogo esclarecedor que justifique sua conduta, e até mesmo aceitar a crítica, colocando-se mais próximo do cliente.

7.8 Pôr o cliente à prova

Nem sempre o cliente fala a verdade. Nesses casos, é comum que o enfermeiro conteste seu depoimento e exponha as afirmações contraditórias com conotação de reprovação. Essa conduta cria uma distância entre os dois, e o enfermeiro perde a oportunidade de explorar as dificuldades do cliente quanto à adesão às condutas adequadas ao tratamento e de esclarecer suas dúvidas.

7.9 Mudar de assunto subitamente

Na comunicação entre enfermeiro e cliente, são frequentes situações nas quais o profissional muda de assunto subitamente. Essa atitude ocorre em virtude de estímulos externos, desconhecimento/despreparo ou tabu sobre o tema que está sendo explorado.

No caso de desconhecimento ou despreparo para discutir o tema, o enfermeiro deve ser sincero e dizer que não se sente apto a fazê-lo e que procurará se preparar ou buscará um profissional qualificado para esclarecer as dúvidas do cliente.

7.10 Comunicar-se unidirecionalmente

A comunicação unidirecional ocorre quando o enfermeiro toma para si o direito de falar e nega ao cliente a oportunidade de manifestar seus pensamentos e sentimentos, muitas vezes, com a ideia equivocada de controle da comunicação.

A passividade do cliente não lhe permite esclarecer suas dúvidas e pode levar à ineficácia da assistência de enfermagem, uma vez que essa assistência se baseará no referencial do profissional. Além disso, essa comunicação também pode ser considerada como uma forma de não saber ouvir.

8 Contribuição do relacionamento terapêutico para a humanização da assistência de enfermagem

Os avanços tecnológicos e a ampliação do direito à saúde contribuíram para a medicalização da saúde, levando à realização de procedimentos, tanto diagnósticos como terapêuticos, profissionalizados e tecnicistas.

Em oposição a essa tradição medicalizante, surgiu uma concepção de saúde apoiada na valorização da abordagem individualizada e com ênfase nas necessidades de cada indivíduo. A essa abordagem chamou-se de *humanização da assistência*, que significa atenção centrada no cliente.

A humanização do cuidado implica habilidade profissional

> [...] além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente em sua experiência existencial, satisfazendo suas necessidades intrínsecas; favorecendo sobremaneira um enfrentamento positivo do momento vivido, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo, por ser este direito uma das primeiras coisas diminuídas ou perdidas quando se adoece (MORAIS et al., 2009, p. 324).

Esse cuidado é complexo, pois envolve as necessidades biopsicossociais, espirituais e afetivas e está diretamente relacionado ao processo de comunicação entre o enfermeiro e o cliente. Portanto, para um cuidado eficaz, enfermeiro e cliente precisam compreender os sinais presentes na relação interpessoal, seja pela comunicação verbal seja pela não verbal.

Considerando a relevância dos elementos verbais e não verbais para ampliar a percepção do enfermeiro sobre as necessidades do cliente, pode-se dizer que a comunicação terapêutica é essencial para uma melhor assistência ao cliente que está vivenciando o processo de adoecimento, podendo resultar em estresse e sofrimento, especialmente se ocorrer hospitalização.

Com esse argumento, pode-se afirmar que a proposta de humanização encontra eco no relacionamento terapêutico por ser pautada na empatia, na escuta sensível e no respeito ao cliente, considerando-o protagonista do processo de promoção e recuperação de sua saúde.

9 Considerações finais

A empatia e a percepção do outro são requisitos essenciais para o estabelecimento de relações significativas, e o estabelecimento de uma relação terapêutica depende da adoção da comunicação interpessoal na qual ocorre a relação de ajuda.

O relacionamento terapêutico ocorre quando o enfermeiro está sensível à relevância de seu uso e aos benefícios que essa conduta pode trazer à assistência de enfermagem. Isso é alcançado quando o enfermeiro:

- Busca conhecer o cliente, de forma que haja constante diálogo.
- Cultiva a confiança do cliente pelo respeito e pela empatia empreendidos na assistência.
- Proporciona um relacionamento que favorece a diminuição da ansiedade da pessoa enferma, pois o fato de estar fisicamente debilitada, com o sistema imunológico provavelmente comprometido, a deixa fragilizada.

O relacionamento terapêutico depende do comportamento e das atitudes do enfermeiro, e o seu uso pode influenciar positivamente no estado do cliente, fazendo-o perceber que a comunicação pode contribuir no processo de promoção e na recuperação de sua saúde.

RESUMO

Neste capítulo, estudamos o relacionamento terapêutico e a comunicação terapêutica, com suas variadas nuanças, considerando que esses procedimentos tanto podem ser aprendidos quanto aperfeiçoados. Relacionamento terapêutico consiste no desenvolvimento de ações recíprocas entre enfermeiro e cliente que permitem a esses indivíduos influenciar e ser influenciados na elaboração de objetivos de curto, médio e longo prazos para promoção, manutenção e restabelecimento da saúde do cliente, tendo como foco suas necessidades e particularidades.

Esse tipo de relacionamento se estabelece quando enfermeiro e cliente têm suas necessidades satisfeitas durante o cuidado prestado. Esse fenômeno acontece quando cada indivíduo vê o outro como ser humano único. Autoconhecimento, confiança, empatia, respeito e autenticidade são condições essenciais para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.

O relacionamento terapêutico inicia-se antes do primeiro contato com o cliente e termina somente quando há um desfecho para o cuidado prestado, ou seja, no último momento de interação entre cliente e enfermeiro. Dessa forma, as ações do relacionamento terapêutico estão classificadas em quatro fases: pré-interação, orientação, trabalho e término. A comunicação é um instrumento básico para o relacionamento terapêutico e para o cuidado de enfermagem, pois é por meio dela que se contribui para promoção e recuperação da saúde e do bem-estar do cliente. Utilizada nessa perspectiva, a comunicação é chamada de terapêutica e consiste, entre outras coisas, em auxiliar o cliente a "aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com a maior autonomia possível" (STEFANELLI, 2012c, p. 68).

As estratégias de comunicação terapêutica dividem-se em três grupos: expressão, clarificação e validação. As técnicas de expressão são as mais utilizadas no início do relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente, enquanto as técnicas de clarificação reforçam ou desmentem a percepção inicial do profissional; já e as técnicas de validação possibilitam ao enfermeiro interpretar se a mensagem tem o mesmo significado para ambos ou, ainda, se tem relevância para o cuidado.

Na chamada comunicação não terapêutica não existe padronização, pois não foi elaborada conscientemente para esse fim. Em tais situações se aplicam aspectos da comunicação humana de forma errônea, o que traz prejuízos para os envolvidos no processo de comunicação.

O relacionamento terapêutico depende do comportamento e das atitudes do enfermeiro, além disso, seu uso pode influenciar na melhora do estado do cliente, fazendo-o perceber que a comunicação pode contribuir no processo de promoção e recuperação de sua saúde e estabelecer um cuidado individual e humanizado.

ESTUDO DE CASO

Durante um plantão em um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) lotado, na recepção, está uma mulher com uma criança nos braços. A criança apresenta a face rosada e está muito quieta, enquanto outras crianças estão chorando. Uma enfermeira se aproxima para proceder à triagem e, sem conversar com a mãe, afirma que ela deve levar o filho à Unidade Básica de Saúde, pois o estado dele não é grave, visto que ele está tranquilo e sem

manifestar indisposição. A mãe está saindo do SPA, quando outra enfermeira, que está entrando no local, observa a criança e pede à mãe para retornar e entrar no consultório. Na entrevista com a mãe, a enfermeira pergunta sobre as condições da criança, o tempo que manifesta os sintomas e outras informações sobre a sintomatologia que apresenta. Ao realizar o exame físico, a enfermeira verifica a temperatura e assusta-se ao notar que a criança apresenta febre de 39°C, então, encaminha-a imediatamente ao médico.

Questões

1. Como você vê a conduta da enfermeira que fez a triagem? Você identifica condutas de comunicação não terapêutica nessa abordagem?
2. Você identifica estratégias de relacionamento terapêutico entre a segunda enfermeira e a mãe da criança?
3. Em sua opinião e a partir do estudo deste capítulo, o que a enfermeira que identificou o comprometimento da criança deve fazer em relação à enfermeira que fez a triagem? Justifique sua resposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, E. C.; STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K. Relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole: 2008, p. 358-370.

ARRUDA, M. *Humanizar o infra-humano – a formação do ser humano integral:* homo evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis: Vozes, 2003.

DANTAS, G. C. da S. Autoconhecimento. *Brasil Escola*. Disponível em: <www.brasilescola.com/psicologia/autoconhecimento.htm>. Acesso em: 30 out. 2015.

HARTER, S. Authenticity. In: SNYDER, C.; LOPEZ, S. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

JANELA de Johari. *Técnicas de enfermagem (geral)*, 15 jun. 2009. Disponível em: <enfatrab.blogspot.com.br/2009/06/aula-de-psicologia-max.html>. Acesso em: 29 out. 2015.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.*, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009.

MORAIS, M. B. L. Humor e psicanálise. *Círculo Brasileiro de Psicanálise*, 2 maio 2008. Disponível em: <www.cbp.org.br/rev3114.htm>. Acesso em: 3 nov. 2015.

REGIONALISMOS. *Variação linguística*, 4 ago. 2013. Disponível em: <letrasmarques2013.blogspot.com.br/2013/08/regionalismos.html>. Acesso em: 3 nov. 2015.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 44, n. 1, p. 35-42, mar. 1998.

STEFANELLI, M. C. Comunicação não terapêutica e desafios à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2012a. p. 110-122.

______. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2012b. p. 77-109.

______. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2012c. p. 65-76.

______.; ARANTES, E. C.; FUKUDA, I. M. K. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2008. p. 331-357.

______. Comunicação não terapêutica e desafios à comunicação terapêutica na Enfermagem. In: ______; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2008, p. 358-370.

TOWSEND, M. C. *Enfermagem psiquiátrica*: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

5

Técnicas de sensibilidade e dinâmica de grupo

1 Introdução

A formação do enfermeiro está diretamente relacionada ao desenvolvimento de conhecimentos e ferramentas comumente expressados em teorias e conceitos, que se constituem no embasamento teórico-científico de suas práticas. Este constitui um olhar sistemático para o mundo, descrevendo, explicando, prevendo ou controlando. Já os conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos, e constituem os componentes básicos da teoria. Voltado para sua formação, este capítulo foca a educação em saúde, possibilitando reflexões e possíveis mudanças de comportamento aos nossos futuros enfermeiros.

OBJETIVOS

- Descrever o significado das relações humanas.
- Caracterizar os novos modelos de metodologia ativa de ensino-aprendizagem no curso de enfermagem.

2 Técnicas de sensibilidade

2.1 Teoria das Relações Humanas

Inicialmente elaborada para o curso de administração, a Teoria das Relações Humanas, ou Escola das Relações Humanas, foi pensada devido à quebra da bolsa de valores de Nova York, em 1929. A Grande Depressão que sucedeu o ocorrido chamou a atenção de Elton Mayo (1880-1949), cientista social australiano considerado o fundador do movimento das Relações Humanas. Em 1927, Mayo testou esse movimento em uma fábrica que produzia equipamentos telefônicos, a Westerm Electric Company, isso permitiu que os princípios básicos da Abordagem Humanista fossem traçados. Os seguintes fatos são a base de sua teoria (CHIAVENATO, 2006, p. 17):

1. **A necessidade de humanizar e democratizar a Administração**, libertando-a dos conceitos rígidos e mecanicistas da Teoria Clássica e adequando-a aos novos padrões de vida do povo americano. Nesse sentido, a Teoria das Relações Humanas se revelou um movimento tipicamente americano e voltado para a democratização dos conceitos administrativos.
2. **O desenvolvimento das ciências humanas**, principalmente a psicologia, bem como sua crescente influência intelectual e suas primeiras aplicações à organização industrial. As ciências humanas vieram demonstrar a inadequação dos princípios da Teoria Clássica.
3. **As ideias da filosofia pragmática de John Dewey e da Psicologia Dinâmica de Kurt Lewin foram** fundamentais para o humanismo na Administração. Elton Mayo é o fundador da escola. Dewey e Lewin também contribuiram para sua concepção. A sociologia de Pareto foi fundamental.
4. **As conclusões da Experiência de Hawthorne**, realizada entre 1927 e 1932, sob a coordenação de Elton Mayo, que puseram em xeque os principais postulados da Teoria Classica da Administração.

Veja no Quadro 5.1 um resumo das diferenças entre as duas teorias.

Quadro 5.1 Principais diferenças entre a Teoria Clássica e a Teoria das Relações Humanas.

TEORIA CLÁSSICA	TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS
Trata a organização como máquina	Trata a organização como grupos de pessoas
Enfatiza tarefas ou tecnologia	Enfatiza pessoas
Inspirada em sistemas de engenharia	Inspirada em sistemas de psicologia
Autoridade centralizada	Delegação de autoridade
Linhas claras de autoridade	Autonomia do empregado
Especialização e competência técnica	Confiança e abertura
Acentuada divisão do trabalho	Ênfase nas relações entre as pessoas

Confiança nas regras e nos regulamentos	Confiança nas pessoas
Clara separação entre linha e *staff*	Dinâmica grupal e interpessoal

Fonte: elaborado pela autora.

Uma nova linguagem, que é associada à motivação, à liderança, à comunicação, à organização informal, à dinâmica de grupos etc., foi consolidada com a Teoria das Relações Humanas. Segundo Chiavenato (2006), as relações humanas proporcionam motivações que são impulsos para alcançar os objetivos organizacionais desejados, desde que existam condições de satisfazer as necessidades individuais, gerando os conceitos de **moral** e **clima organizacional**.

CONCEITOS

Moral

Conceito abstrato, intangível, mas perceptível, o *moral* é uma decorrência do estado emocional dos indivíduos, que é provocado pela satisfação ou não de suas próprias necessidades.

Clima organizacional

A partir do conceito de moral, temos a ideia de *clima organizacional*, que abrange o ambiente psicossocial da organização, que por sua vez condiciona o comportamento de seus membros. O *moral elevado* proporciona um clima receptivo, amigável, quente e agradável; já o *moral baixo* normalmente provoca um clima negativo, adverso, frio e desagradável (CHIAVENATO, 2013).

? PERGUNTA

O que é cultura organizacional?
De acordo com Trompenaars (1994 apud SANTOS et al., 2010), *cultura organizacional* é a maneira como as atitudes são expressas em uma organização, distinguindo-se umas das outras a partir de soluções encontradas para certos problemas.

A cultura organizacional produz comportamentos que interferem na administração da organização. Portanto, um dos papéis do gestor é amenizar conflitos, mediante a implementação de políticas estratégicas de recursos humanos

com a intenção de treinar e desenvolver o clima organizacional e a avaliação de desempenho, de promover a saúde e a prevenção de doenças nas organizações.

Para que isso aconteça, a *equipe* responsável pela execução das atividades que afetam a qualidade do serviço deve ser competente. A Figura 5.1 esquematiza as bases da competência:
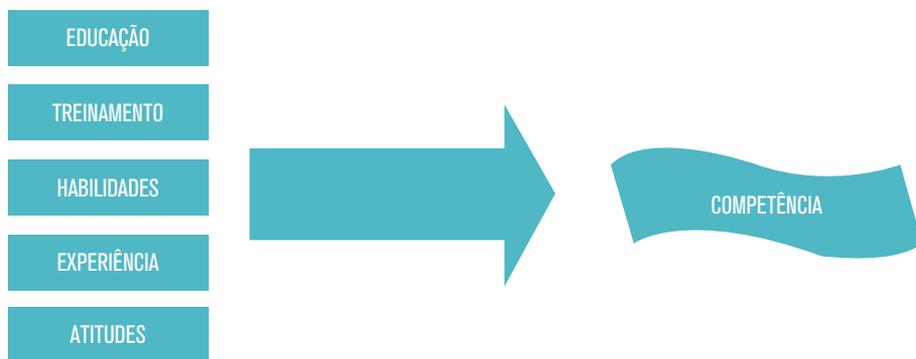
Figura 5.1 Bases da competência.

Fonte: elaborada pela autora.

A necessidade de descrever a fundamentação da Teoria das Relações Humanas se deve ao papel que futuramente os enfermeiros terão de exercer como gestores de sua equipe e de sua unidade de trabalho, conforme estabelecido pela Resolução Cofen n. 485/2015, que institui e implementa o *Manual de Auditoria do Sistema Cofen/Conselhos Regionais* (COFEN, 2015).

> Resolve:
> Art. 1º Instituir e implementar o Manual de Auditoria na forma do regulamento, a ser utilizado pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.
> Art. 2º O inteiro teor do presente manual estará disponível ao acesso público no endereço eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem (www. cofen.gov.br) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Como demonstrado, o enfermeiro passa a ter atribuições gerenciais que precisam estar alinhadas às relações humanas, com uso de estratégias de participação em grupos em seu local de trabalho e, no seu caso, caro aluno, atualmente em sala de aula, comprometido com a interação social. As ações do enfermeiro qualificado serão refletidas no comportamento de sua equipe, como demostrado na Figura 5.2:

LIDERANÇA RESPONSÁVEL	QUALIDADE DE VIDA
Relacionamento interpessoal	Foco no cliente
Visão de futuro	Foco no resultado "gestão"
Comunicação	Proatividade (oportunidades)
Administração de conflitos	Comprometimento
Flexibilidade	
Trabalho em equipe	

Figura 5.2 As ações do enfermeiro qualificado e o comportamento da equipe.

Fonte: elaborada pela autora.

Diante dessas competências, o enfermeiro será capaz de fazer bons diagnósticos, atuar como um *controller* eficiente, ter boa visão e ser um bom implementador. Além disso, um bom enfermeiro gestor precisa motivar sua equipe com palavras positivas e que incentivem todos os integrantes.

2.2 Educação emocional

A educação emocional tem sido essencialmente investigada na área de enfermagem, e nossa experiência na prática do cuidar nos fez compreender que as emoções, e tudo mais o que sentimos, têm especial importância na interação humana do cuidar (DIOGO, 2006).

É importante lembrar que o cuidar é o centro de toda ação da enfermagem e, para que o enfermeiro consiga alcançar a empatia do indivíduo a ser cuidado, deve haver adequação das futuras ações de ensino à normatização da competência.

Você, ao se graduar enfermeiro, será o profissional de saúde com o qual o cliente passará a maior parte do tempo. Além disso, você será capaz de, e terá como uma de suas atribuições, proporcionar o cuidado necessário no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de doenças, e também estimular, propor e conduzir reflexões que possam desenvolver mudanças de comportamentos, com a finalidade de ajustar relacionamentos e minimizar eventuais atritos entre a equipe, o cliente e os familiares.

O cuidar do enfermeiro tem como base o desenvolvimento de conhecimentos e ferramentas comumente expressados em teorias e conceitos, dos quais ele se utiliza para apoiar suas práticas. As teorias consistem em uma maneira sistemática de enxergar o mundo – descrevendo, explicando, prevendo ou controlando –, ao passo que os conceitos não só descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos, mas constituem os componentes básicos da teoria.

Ao término do curso, será determinante para a obtenção do sucesso, tanto pessoal quanto profissional, a competência aliada à capacidade de comunicação, de se relacionar multidisciplinarmente, assim como de se adaptar a mudanças, à empatia, à autoconfiança e ao autodomínio. A cada dia constatamos que a competência do enfermeiro precisa estar alinhada à sua inteligência emocional. É imprescindível que o enfermeiro seja capaz de fazer reflexões e alterar atitudes e comportamentos, com base em sua formação técnica e nos significados dos aspectos emocionais.

A preocupação com a educação emocional teve início com o psicólogo americano Goleman, em 1995, quando este argumentou que nossa visão sobre a inteligência humana é limitada e que ignoramos diversas habilidades importantes para nossa vida diária.

Goleman, no livro *Inteligência emocional* (2009), apresentou o conceito de inteligência emocional, afirmando ser impossível separar a racionalidade das emoções. Além disso, segundo o autor, as emoções fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do seu controle, tornando-se um elemento importante na otimização dos níveis de desempenho profissional (GOLEMAN, 2009).

Fundamentado em sua pesquisa comportamental, Goleman demonstra que, no ambiente de trabalho, pessoas com o quociente de inteligência (QI) menos elevado, por vezes, têm melhor desempenho que as de QI mais elevado. Esse fenômeno significou a maneira diferente de ser inteligente, ao qual chamou de "inteligência emocional". A partir de então, Goleman observou algumas qualidades que se destacaram na vida cotidiana ladeadas pelas relações íntimas que florescem no ambiente profissional.

Dessa observação, foi possível traçar características de personalidade e autodisciplina, de altruísmo e compaixão, necessárias ao bom funcionamento no ambiente de trabalho. Goleman argumentou que a inteligência emocional não é fixada no nascimento, mas decorrente de estímulos externos recebidos ao longo da vida (novos *insights*) capazes de organizar as emoções e as racionalidades no cérebro.

Em relação ao nosso curso de enfermagem, para que esses estímulos ocorram, é preciso haver interação entre teoria e prática, sendo desenvolvida nas instituições de ensino e de saúde por meio de metodologias ativas exatamente com o propósito de repensar o modelo de ensino e aprendizagem cognitivo e afetivo, valorizando a educação emocional.

Para que esse novo modelo fosse implementado em nosso curso, foram utilizadas ferramentas das áreas das ciências sociais, em particular da sociologia, da psicologia e da antropologia, mediante estratégias de dinâmicas de grupo, dramatizações e seminários.

A seguir, no próximo tópico, descreveremos pontos importantes sobre dinâmicas de grupo, as quais têm o propósito de motivar as interações com os demais ao longo do curso e, futuramente, na vida profissional de cada um de vocês.

Ao participar de uma dinâmica de grupo, compreenderão que o indivíduo estimulado poderá aprender dentro de uma perspectiva real, com a finalidade de aplicação em suas futuras ações, bem como a necessidade de serem coerentes e competentes no ambiente social, fundamental para o desenvolvimento da formação.

3 Dinâmica de grupo

3.1 Conceitos

Expressão de origem grega, *dinâmica* significa ação, força e energia. Foi inicialmente utilizada pelo psicólogo Kurt Lewin, em 1973. A dinâmica de grupo tem a propriedade de observar os fenômenos em tempo real. A seguir, citaremos alguns conceitos de grupos para que tenham noção sobre o que será exposto (FREIXO, 2011 apud ANDREZ et al., 2009):

- **M. Smith**: um grupo social pode ser definido como uma unidade formada por um número plural de organismos (agentes) separados. Estes têm uma

percepção coletiva da unidade e capacidade para agir ou começar a agir de modo unitário em relação a seu meio.

- **M. Sherif e C. W. Sherif**: um grupo é considerado uma unidade social, que consiste em um número de indivíduos com estatuto mais ou menos definido; papéis sociais em certo grau estabelecidos ao longo do tempo; e que tem um conjunto de valores ou normas que regula o comportamento dos membros individuais, no que diz respeito a assuntos com consequências para o grupo como um todo.
- **W. J. H. Sprott**: no sentido sociopsicológico, um grupo é uma pluralidade de indivíduos que interagem entre si em determinado contexto mais que com qualquer outra pessoa.
- **D. W. Johson e F. P. Johson**: um grupo é constituído por duas ou mais pessoas em interação em presença, em que cada uma está consciente de sua qualidade enquanto membro do coletivo, de que outras pertencem ao grupo e de suas interdependências positivas ao se empenharem em realizar objetivos em conjunto.

Os conceitos dos autores citados demonstram as modificações pelas quais passou o conceito de grupo ao longo do tempo. Independente do conceito adotado, o grupo vai se mostrar sempre de muita valia para a formação do indivíduo. Isso nos permite concluir que a dinâmica de grupo é um mecanismo essencial à promoção da socialização.

Segundo a Teoria de Lewin (FREIXO, 2011), as pessoas precisam se relacionar em grupos de acordo com suas perspectivas. Para isso, Lewin baseou seu pensamento em cinco hipóteses fundamentais em relação às pessoas. Veja o Quadro 5.2.

Quadro 5.2 Cinco hipóteses fundamentais de Lewin.

1	As percepções das pessoas são importantes de ser estudadas (Lewin interessou-se pelo campo psicológico, ou espaço vital, do indivíduo).
2	A pessoa, em qualquer momento, ocupa uma posição no espaço vital que pode ser mais bem conceituada distante de outros objetos no campo.
3	A pessoa tem metas em cuja direção se desloca no espaço vital.

4	O comportamento da pessoa pode ser explicado em termos de suas tentativas para alcançar essas metas.
5	O campo também contém barreiras que o indivíduo deverá transpor para alcançar suas metas.

Fonte: elaborado pela autora.

Essas cinco hipóteses configuram a base dei sua teoria sobre a pessoa e permitem-nos ver como esta se movimenta em um espaço psicológico chamado "espaço vital", isto é, o mundo subjetivo das pessoas.

O modo com que a pessoa se comporta ou se movimenta em seu espaço vital é governado por tensões decorrentes de necessidades e desejos do indivíduo. No nosso caso, diz respeito ao indivíduo a ser cuidado, à equipe de enfermagem e aos colegas profissionais de saúde.

Para compreender esse mundo subjetivo por meio das dinâmicas de grupo, precisamos cumprir alguns passos metodológicos (Figura 5.3):
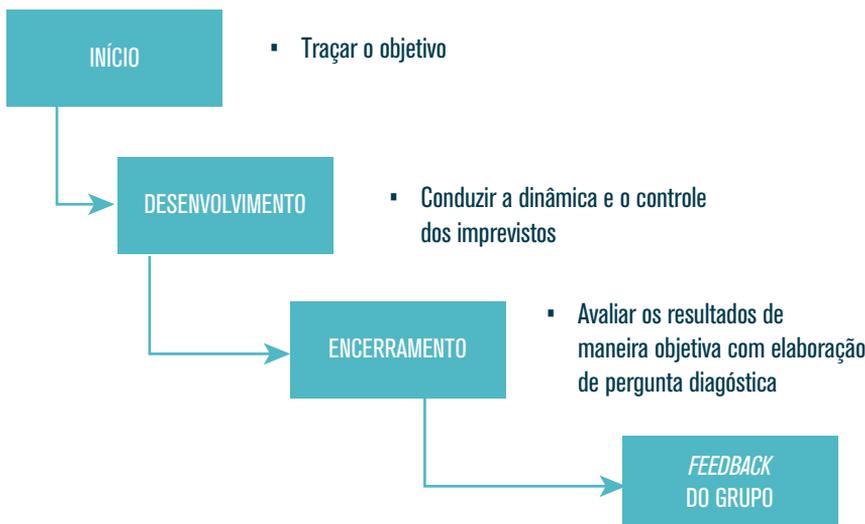
Figura 5.3 Etapas metodológicas das dinâmicas de grupo.

Fonte: elaborada pela autora.

3.2 Dinâmicas

A seguir, listamos algumas sugestões de dinâmicas, descritas por Abreu (2007), que podem ser realizadas em sala de aula, com o intuito de proporcionar a aproximação do grupo e refletir sobre futuras ações que envolvam a multidisciplinaridade das atividades dos enfermeiros.

3.2.1 Praça pública (sugestão para o primeiro dia de aula)

- **Objetivos**
  - "Quebrar o gelo" entre os participantes.
  - Trocar/debater ideias ou opiniões acerca de temas relacionados à disciplina.
  - Ter uma noção do nível de pré-requisitos do grupo em questão.
- **Materiais**
  - Ficha "Praça pública".
  - Canetas.
  - Espaço amplo.
- **Procedimento**
  - O professor elabora uma série de afirmações sobre os temas que pretende ver abordados pelo grupo. O número de itens deve ser igual ao número de participantes menos um.
  - A ficha "Praça pública" é distribuída a cada participante. Pede-se que os participantes encontrem uma pessoa que preencha os critérios de cada afirmação, colocando seu nome à frente do item em questão. Como regra, cada pessoa entrevistada só poderá ter o seu nome escrito em um único item.
  - O tempo de dez minutos para as pessoas circularem pela sala e recolherem os nomes para a atividade; depois, elas devem regressar aos seus lugares para permanecer sentadas.
  - Finalmente, explora-se com o grupo quais questões foram mais simples e quais as mais complicadas para preencher/debater. Se for do interesse do professor, é possível aprofundar a discussão de algumas questões.

3.2.2 Caixa de perguntas

- **Objetivos**
  - Colocar dúvidas/questões acerca de um tema, de forma anônima.
  - Ter consciência da similitude de dúvidas/questões em dada temática.
- **Materiais**
  - Folhas de papel.
  - Lápis.
  - Caixa de papelão tipo urna.
- **Procedimento**
  - Distribuir folha e lápis a cada participante, solicitando-lhes que escrevam, de forma anônima, uma questão sobre o tema escolhido.
  - Elaborada a questão, cada participante deverá dobrar a folha em quatro e colocá-la na urna.
  - O professor poderá optar por responder na aula seguinte, compilando as questões de mesma temática, respondê-las no mesmo dia, ou, ainda, pedir ajuda ao grupo para responder.

COMENTÁRIO

A caixa de perguntas poderá também servir ao educador para verificar os prerrequisitos do grupo no âmbito de determinada temática, o que pode facilitar o ensino-aprendizagem do tema em questão. A caixa de perguntas poderá ser utilizada fora do contexto de aula, desde que esteja devidamente selada.

3.2.3 *Brainstorming*

- **Objetivos**
  - *Brainstorming* é uma técnica que pode ser empregada individualmente ou em grupo (sendo esta última a modalidade mais frequente). Visa estimular a criação de ideias a respeito de determinados problemas, causas e soluções. Pretende-se estimular todos os presentes, em um ambiente de confiança, de forma a anotar todas as ideias que surgirem (mesmo as que pareçam incoerentes) para depois fazer uma recapitulação a partir de uma análise conjunta dos resultados obtidos.

- **Materiais**
  - Quadro.
  - Canetas.
- **Procedimento**
  - **1ª fase**: acumulação desordenada de ideias.

    O professor lança o tema e pede ao grupo o maior número de ideias possíveis (pretende-se mais quantidade que qualidade). O professor pode evitar que todos falem ao mesmo tempo ou que alguns deixem de participar, propondo que as ideias sejam debitadas em círculo (os alunos que não tiverem ideias podem passar a palavra).

    Nessa fase, o professor pode dar outras orientações:
    - Mesmo que as ideias pareçam absurdas, o aluno deverá lançá-las.
    - O objetivo é produzir o máximo de ideias no menor espaço de tempo possível.
    - É proibido criticar ou ridicularizar uma ideia emitida.
    - Os alunos devem estar atentos às ideias dos outros, para que possam fazer associações livremente a partir delas.
  - **2ª fase**: análise e organização das ideias.

    Tendo em conta os objetivos do professor e o tempo disponível, pede-se ao grupo que proponha uma estratégia para analisar e organizar as ideias lançadas, ou o próprio professor faz a proposta.
  - **3ª fase**: seleção de ideia(s).

    De acordo com a meta estabelecida, o professor concretiza a seleção da(s) ideia(s).

3.3 Importância das dinâmicas de grupo

A importância das dinâmicas com ênfase nos aspectos emocionais não planejados e irracionais do comportamento humano permeará a vida profissional de futuros enfermeiros.

CONEXÃO

Dinâmica sobre erros na assistência de enfermagem

Assista ao vídeo disponível no link abaixo para completar a discussão do tema abordado neste capítulo:
<www.youtube.com/watch?v=uR57HcDsqC8>.

RESUMO

Pretendemos com este capítulo criar novas possibilidades de entendimento acerca da comunicação interpessoal. Dessa forma, conhecer as significações dos fenômenos do processo da comunicação é essencial para realizar ações individuais e coletivas, podendo proporcionar maior aprofundamento de sentimentos, ideias e comportamentos a respeito daquilo que se deseja estudar no presente e trabalhar no futuro.

Mostramos que as relações humanas são definidas e orientadas por um conjunto de sentimentos, emoções e afeições, que surgem ao serem desenvolvidos por meio de uma série de relações e interações sociais de grupo, composto, por sua vez, de valores, atitudes, normas e regras de características específicas a cada segmento social. Com isso, as atividades geradas pelas dinâmicas de grupo vão proporcionar a relação face a face, a orientação em direção ao outro, a relação entre o eu e o tu – ou seja, do nós –, que existirá somente quando houver comunidade de espaço e tempo, que se faz por um complexo de motivos que serão conhecidos durante a ação.

Ficou demonstrado, ainda, que a comunicação existente em um grupo está sujeita a transformações que podem ser originadas por várias causas, entre elas: a chegada de novos membros ao grupo, a partida de participantes cujo nível de satisfação é insuficiente, as tensões diversas que podem derivar do professor ou dos participantes, as modificações nas relações entre os membros do grupo, as barreiras provocadas por uma grande distância entre o emissor e o receptor, ou quando não há uma linguagem comum entre eles.

Além disso, ao longo deste capítulo, a educação emocional revelou-se determinante. Já que sua coesão depende, em grande parte, do modo como se organiza o processo de comunicação, de sua natureza e de sua amplitude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. R. *Jogos rápidos na sala de aula*. 1. ed . Porto: Porto, 2007.

ANDREZ, A. C. et al. *A comunicação no seio do grupo alcoólicos anónimos*. Trabalho (Graduação em Sociologia da Comunicação) – Escola Superior de Educação e Comunicação, Universidade do Algarve, jun. 2009. Disponivel em: <w3.ualg.pt/~fcar/portfolio_cc/trabalhos/Sociologia.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.

BORDENAVE, D. J; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 28. ed. Petrópolis: Vozes. 2007.

CHIAVENATO, I. *Administração geral e pública*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. (Série Provas e Concursos).

______. *Princípios da administração:* o essencial em teoria geral da administração. 2. ed. rev. e atual. Barueri: Manole, 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 485/2015. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4852015_33827.html>. Acesso em: 27 out. 2015.

DIOGO, P. *A vida emocional do enfermeiro:* uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. Coimbra: Formasau, 2006.

FREIXO, M. J. V. *Teorias e modelos de comunicação*. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional*. 13. ed. Lisboa: Temas e Debates, 2009.

PERFIL de competências do enfermeiro gestor e reconhecimento de áreas de competências acrescidas publicados em *Diário da República*. *Ordem dos Enfermeiros*, 13 mar. 2015. Disponível em: <www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Perfil-competencias-Enfermeiro-Gestor-reconhecimento-competencias-acrescidas-Diario-Republica.aspx>. Acesso em: 23 out. 2015.

SANTOS, V. et al. Tipos de análise da cultura organizacional de Trompenaars (1994) predominantes na área de controladoria em empresas familiares do ramo têxtil. *Revista de Ciências da Administração*, v. 12, n. 27, p. 232-260. 2010. Disponível em: <periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view>. Acesso em: 23 out. 2015.

TROMPENAARS, F. *Nas ondas da cultura:* como entender a diversidade cultural nos negócios. Trad. Claudiney Fullmann. São Paulo: Educator, 1994.